

แบบฟอร์มผู้ลงทะเบียนการศัลยกรรม

รูปถ่าย
1 นิ้ว 2"

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย / นาง / นางสาว) _____

สถานที่ _____

อายุ _____ ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้น _____ คณะ _____

เคยได้รับบาดเจ็บหรือมีอุบัติเหตุที่บริเวณ _____ ครั้ง

2. ที่อยู่ติดต่อได้ _____

โทรศัพท์ _____

3. สถานภาพครอบครัว ☐ บิดา มารดา อยู่ด้วยกัน ☐ บิดา มารดา แยกจากกัน

☐ บิดา ถึงแก่กรรม

☐ มารดา ถึงแก่กรรม ☐ อื่นๆ _____

อายุ _____ ปี

อายุ _____ ปี

ประกอบอาชีพ _____ คน _____

โดยได้รับค่าจ้าง _____ บาท

7. งานพิเศษทำอยู่ _____

รายได้ _____ บาท / _____

8. ว่างเว้นจากการศึกษาได้ _____

ปี พ.ศ. _____

ปี พ.ศ. _____

9. กิจกรรมที่เคยทำในสถานศึกษา _____

1. _____

2. _____

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ (ตัวจริง) _____

ผู้ลงทะเบียน

วันที่ _____

หมายเหตุ _____

1. แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับลงทะเบียนของนักเรียนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยแบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับลงทะเบียนการศัลยกรรม

2. ผู้ลงทะเบียนโปรดส่งแบบฟอร์มนี้ให้แก่หน่วยงานของสถานศึกษาในวัน _____ 8 สิงหาคม 2561 13 กรกฎาคม 2561

- กรุณาเขียนชื่อด้วยตัวจริงเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด