



ใบสมัครเรียนหลักสูตรอาชีพเบื้องต้น

ในความควบคุมของกระทรวงศึกษาธิการและรับรองหลักสูตร

โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

โรงเรียนมหาวิทยาลัยการนวดไทย

รูปถ่ายหน้าตรง ๑.๕ นิ้ว
ปกขาวพื้นสีน้ำเงิน ๑.๕ นิ้ว

เลขที่ ๘๑ หมู่ ๘ ต.ด่านเกวียน อ.โชคชัย จ.นครราชสีมา ๓๐๑๙๐ โทร. ๐๔๔-๐๗๐๕๙๕, ๐๘๙-๒๘๖๓๗๒๒

กรอกตัวเลขในเครื่องหมาย เช่น เลขประจำตัวประชาชน ชิดเครื่องหมายถูกใน

เลขประจำตัวประชาชน

วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ สัญชาติ.....

คำนำหน้าชื่อ (ภาษาไทย) นาย นาง นางสาว ยศ/อื่น ๆ.....

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ตัวบรรจง

คำนำหน้าชื่อ (ภาษาอังกฤษ) MR. MRS. MISS Other.....

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวบรรจง

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์

วุฒิการศึกษา ประถม มัธยมต้น มัธยมปลาย ปวช. ปวส. ปริญญา..... อื่น ๆ.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่ได้สะดวก ที่บ้าน..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ

ช่องทางการติดต่อทางอิเล็กทรอนิกส์

E-mail address..... Facebook..... Line ID.....

เฉพาะเจ้าหน้าที่กรอก

หลักสูตรที่สมัครเรียน

<input type="radio"/> นวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง	เลขที่ <input type="text"/>	วันที่ <input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="radio"/> นวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง	เลขที่ <input type="text"/>	วันที่ <input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="radio"/> นวดน้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง	เลขที่ <input type="text"/>	วันที่ <input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="radio"/> นวดสวีดิช ๑๕๐ ชั่วโมง	เลขที่ <input type="text"/>	วันที่ <input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="radio"/> ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐ ชั่วโมง	เลขที่ <input type="text"/>	วันที่ <input type="text"/>	-	<input type="text"/>

เอกสารประกอบการสมัครเรียน

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- วุฒิการศึกษา
- รูปถ่ายหน้าตรง ๑.๕ นิ้ว หลักสูตรละ ๒ ใบ

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....