



ข้อมูลผู้สมัคร			
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)		นามสกุล	
ชื่อเล่น		ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่	
โทรออก/ชอย/ถนน		ตำบล/แขวง	
อำเภอ/เขต		จังหวัด	
รหัสไปรษณีย์		เบอร์โทรศัพท์	
E-mail / Line / Facebook		เชื้อชาติ	
สัญชาติ		ศาสนา	
ภูมิลำเนาเดิม		วัน/เดือน/ปีเกิด	
อายุ		รหัสประจำตัวประชาชน	
คณะ/สาขาที่ต้องการสมัคร หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสุขภาพและประกาศนียบัตรผู้ช่วยฯ			
คณะทันตแพทยศาสตร์		<input type="checkbox"/>	
คณะแพทยศาสตร์ (เฉพาะจองที่เรียน)		<input type="checkbox"/>	
คณะเภสัชศาสตร์		<input type="checkbox"/>	
คณะสัตวแพทยศาสตร์		<input type="checkbox"/>	
คณะเทคนิคการแพทย์		<input type="checkbox"/> วิทยาเขตกาญจนบุรี <input type="checkbox"/> วิทยาเขตวีรพล	
คณะสาธารณสุขศาสตร์		<input type="checkbox"/> วิทยาเขตกาญจนบุรี <input type="checkbox"/> วิทยาเขตบุรีรัมย์	
คณะพยาบาลศาสตร์		<input type="checkbox"/> วิทยาเขตวีรพล <input type="checkbox"/> วิทยาเขตกาญจนบุรี <input type="checkbox"/> วิทยาเขตบุรีรัมย์	
ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> วิทยาเขตวีรพล <input type="checkbox"/> วิทยาเขตกาญจนบุรี <input type="checkbox"/> วิทยาเขตบุรีรัมย์	
ผู้ช่วยทันตแพทย์ <input type="checkbox"/>			
ประวัติการศึกษา			
สำเร็จการศึกษา <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย(หรือเทียบเท่า) จากโรงเรียน			
จาก พ.ศ.		ถึง พ.ศ.	
สาย/สาขา		คะแนนเฉลี่ยสะสม	
สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียน			
จาก พ.ศ.		ถึง พ.ศ.	
สาย/สาขา		คะแนนเฉลี่ยสะสม	
ข้อมูลบิดา-มารดา ผู้ปกครอง			
ชื่อ-สกุล บิดา		อาชีพ	
อายุ		สถานภาพ <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน	
ที่อยู่ปัจจุบัน		<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม	
สถานที่ทำงาน		โทรศัพท์	
ชื่อ-สกุล มารดา		อาชีพ	
อายุ		สถานภาพ <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกัน	
ที่อยู่ปัจจุบัน		<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> ถึงแก่กรรม	
สถานที่ทำงาน		โทรศัพท์	
กรณีฉุกเฉินติดต่อ		ชื่อ-นามสกุล	
ความสัมพันธ์		โทรศัพท์	
กองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา <input type="checkbox"/> กยศ. (กู้เก่า / กู้ใหม่) <input type="checkbox"/> กรอ. (กู้เก่า / กู้ใหม่) <input type="checkbox"/> ส่วนตัว <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใส่สมัครถูกต้องทุกประการ หากข้อความในเอกสารไม่ถูกต้องหรือเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์การเข้าสอบเป็นนิสิตของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และจะไม่เรียกร้องแต่ประการใด			
ลงชื่อผู้สมัคร		วันที่	
		เดือน	
		พ.ศ.	
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น โทรศัพท์ 085-802-8833, 02-563-5252-3 Facebook: Western งานแนะแนว ศึกษาต่อ			