**ติดรูปถ่าย ขนาด 2 นิ้ว**

|  |  |
| --- | --- |
| logo [Converted]1 | **ใบสมัครเข้าศึกษา**  **หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต**  **คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**  **ประจำภาคการศึกษา 2/2561** |

**โปรดทำเครื่องหมาย○ในช่องเพื่อแจ้งความประสงค์ในการสมัครเข้าศึกษาในแขนงวิชาของหลักสูตร ณ มธ.ศูนย์ลำปาง**

* มีความประสงค์สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จัดการเรียนการสอน **ณ มธ. ศูนย์ลำปาง**

□แขนงวิชาการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

□ แขนงวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ

|  |
| --- |
| **ประวัติส่วนตัว (Personal Data)** |

**ชื่อ – สกุล** (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว ............................................................................................................

(ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms. …………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **เลขประจำตัวประชาชน** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**วัน/เดือน/ปี เกิด** ................................ อายุ....................ปี สัญชาติ ............................................

**สภาพการสมรส** 

**ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้**

เลขที่ ......................หมู่................ซอย/ตรอก.....................ถนน............................ แขวง/ตำบล................................... อำเภอ / เขต......................................... จังหวัด...................................... รหัสไปรษณีย์...............................

โทรศัพท์ (บ้าน)................................โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..................................โทรศัพท์ (มือถือ).................................E-mail address:………………………………………………………………………….

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน**

เลขที่ ......................หมู่................ซอย/ตรอก.....................ถนน............................ แขวง/ตำบล................................... อำเภอ / เขต......................................... จังหวัด...................................... รหัสไปรษณีย์...............................

โทรศัพท์ (บ้าน)................................โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..................................โทรศัพท์ (มือถือ).................................

**ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน (กรณีทำงานประจำ)**

ชื่อหน่วยงาน...............................................

ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.......................................................................................................

เลขที่ ......................หมู่................ซอย/ตรอก.....................ถนน............................ แขวง/ตำบล................................... อำเภอ / เขต......................................... จังหวัด...................................... รหัสไปรษณีย์...............................

โทรศัพท์...............................

|  |
| --- |
| **ประวัติการศึกษา (Education Background)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ระดับ** | **ปีที่เข้า** | **ปีที่สำเร็จ** | **สถาบันการศึกษา** | **คณะ/สาขาวิชา** | **วุฒิการศึกษา** | **เกรดเฉลี่ย** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ประวัติการทำงาน (Work Experience)** |

ประสบการณ์การทำงาน

☐ ปี เดือน

☐ยังไม่ได้ทำงาน

กรณีทำงานแล้ว โปรดระบุสถานที่ทำงานเรียงจากปัจจุบันไปหาอดีต(หากพื้นที่ไม่พอกรอกข้อมูลสามารถจัดทำเป็นเอกสารแนบได้)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **บริษัท/หน่วยงาน** | **ตำแหน่งงาน** | **ลักษณะงาน** | **เริ่มต้น** | **สิ้นสุด** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ความคิดเห็นในการเลือกศึกษาในหลักสูตร** |

1. **หน้าที่ในตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบันมีความเกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข (กรณีทำงานแล้ว)**

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................................

1. **เหตุใดท่านถึงเลือกศึกษาต่อในหลักสูตรนี้ที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................................

1. **ความคาดหวังที่จะได้รับจากการเรียนในหลักสูตร หรือเมื่อสำเร็จการศึกษาในหลักสูตรนี้**

.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. .................................................................................................................................................................................

|  |
| --- |
| **หลักฐานและเอกสารที่นำส่งพร้อมกับใบสมัครนี้** |

☐ ใบสมัครชุดนี้ พร้อมติดรูปถ่ายสี 1 รูป ที่มุมบนขวา

☐ สำเนาใบรับรองผลการศึกษา (Transcript)ที่ระบุวันสำเร็จการศึกษาจำนวน 1 ฉบับ

☐ สำเนาใบปริญญาบัตร จำนวน 1 ฉบับ

☐ หนังสือรับรองประสบการณ์ในการทำงาน จำนวน 1 ฉบับ

(สามารถใช้แบบฟอร์มที่แนบพร้อมประกาศรับสมัคร/แบบฟอร์มอื่นๆ)

☐ ใบคะแนนผลสอบ TU-GET หรือ IELTS หรือ TOEFL จำนวน 1 ฉบับ

☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ฉบับ

☐ สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ จำนวน 1 ฉบับ

☐ สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ยศ (ถ้ามี) จำนวน 1 ฉบับ

☐ หัวข้อที่สนใจในการทำวิจัย

☐ อื่นๆ (ระบุ) 

รวมจำนวนเอกสารที่ส่งมาทั้งสิ้นรายการ

รายการเอกสารที่ถ่ายสำเนา ให้ผู้สมัครลงนามรับรองเอกสารสำเนาเอกสารด้วยตนเองทุกฉบับ

**คำรับรอง**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีคุณสมบัติครบตามประกาศรับสมัครทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กรอกข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ รวมทั้งหลักฐานและเอกสารที่นำมาประกอบการสมัครเป็นเอกสารที่ถูกต้อง

โดยรับทราบว่าหากให้ข้อมูลที่มีความเท็จแม้แต่เพียงบางส่วนและ/หรือใช้เอกสารหลักฐานปลอมหรือตรวจสอบในภายหลังพบว่าขาดคุณสมบัติข้าพเจ้ายินดีให้มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ดำเนินการตามกฎหมายถอนหรือตัดสิทธิ์ในการสอบเข้าศึกษาหรือการเป็นผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษา หรือให้พ้นสภาพการเป็นนักศึกษาหากได้รับเข้าเป็นนักศึกษาแล้ว แล้วแต่กรณี โดยไม่ขออุทธรณ์ใดๆ ทั้งสิ้น

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อผู้สมัคร |  |
|  |  |
|  | วันที่………………………………………….. |

**ขอให้ส่งเอกสารข้างต้น มาที่**

* **กรณีสมัครเข้าเรียนที่ มธ.ศูนย์ลำปาง** ส่งเอกสารมาที่งานการนัดฃกศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง อาคารสิรินธรารัตน์ ชั้น 3 ห้อง 1305 เลขที่ 248 หมู่ 2 ถนนลำปาง–เชียงใหม่ ต.ปงยางคก อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190 โดยสามารถส่งได้ด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ (EMS) นับวันที่ประทับตราเป็นสิ้นสุด