



สธ ๐๒๐๓.๐๘๔/๒.๔/๑๑๓๑

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก  
๖๕๓ พิษณุโลก-หล่มสัก อำเภอวังทอง  
จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
รับเลขที่ ๑๑๖๑๓  
วันที่ ๑๘. ก.ย. ๒๕๕๗  
เวลา ๑๖.๕๐ น.

๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๗

1288  
18 ก.ย 57  
1430

เรื่อง การอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๕

เรียน ศาสตราจารย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มใบสมัครเข้ารับการคัดเลือก จำนวน ๒ ฉบับ
- ๒. ระเบียบการรับสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๗ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จะดำเนินการรับสมัครบุคคล เข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๕ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ ระยะเวลาการอบรม ๓ ปี โดยระบบการเรียนการสอนทางไกล ผู้เข้ารับการอบรมต้องมารายงานตัวเข้าร่วมสัมมนาทางวิชาการปีละ ๔ ครั้ง ๆ ละ ๑๐-๑๕ วัน สมัครเข้ารับการอบรมตามเงื่อนไขคุณสมบัติ วันเวลาและสถานที่ที่กำหนดในระเบียบการรับสมัครโดยใช้แบบฟอร์มใบสมัครถ่ายเอกสารหรือพิมพ์สำเนาจากอินเทอร์เน็ตส่งหลักฐานและค่าสมัครทางไปรษณีย์ ระหว่างวันที่ ๑ กันยายน - ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๗ หรือสมัครด้วยตนเองในระหว่างวันที่ ๑- ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๗ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยหรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมทางอินเทอร์เน็ต [www.scphpl.ac.th](http://www.scphpl.ac.th)

ดังนั้น วิทยาลัยฯ จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ระเบียบการรับสมัคร แบบฟอร์มใบสมัคร ให้กับบุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการในสังกัด และประชาชนผู้สนใจทั่วไป สำหรับข้าราชการสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการได้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว.๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป วิทยาลัยฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ด้วยดีเช่นเคย ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายจิตติ นิตยพันธ์)

นาง - ผอ. ชม

(นางลักขณา สังขชาติ)  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

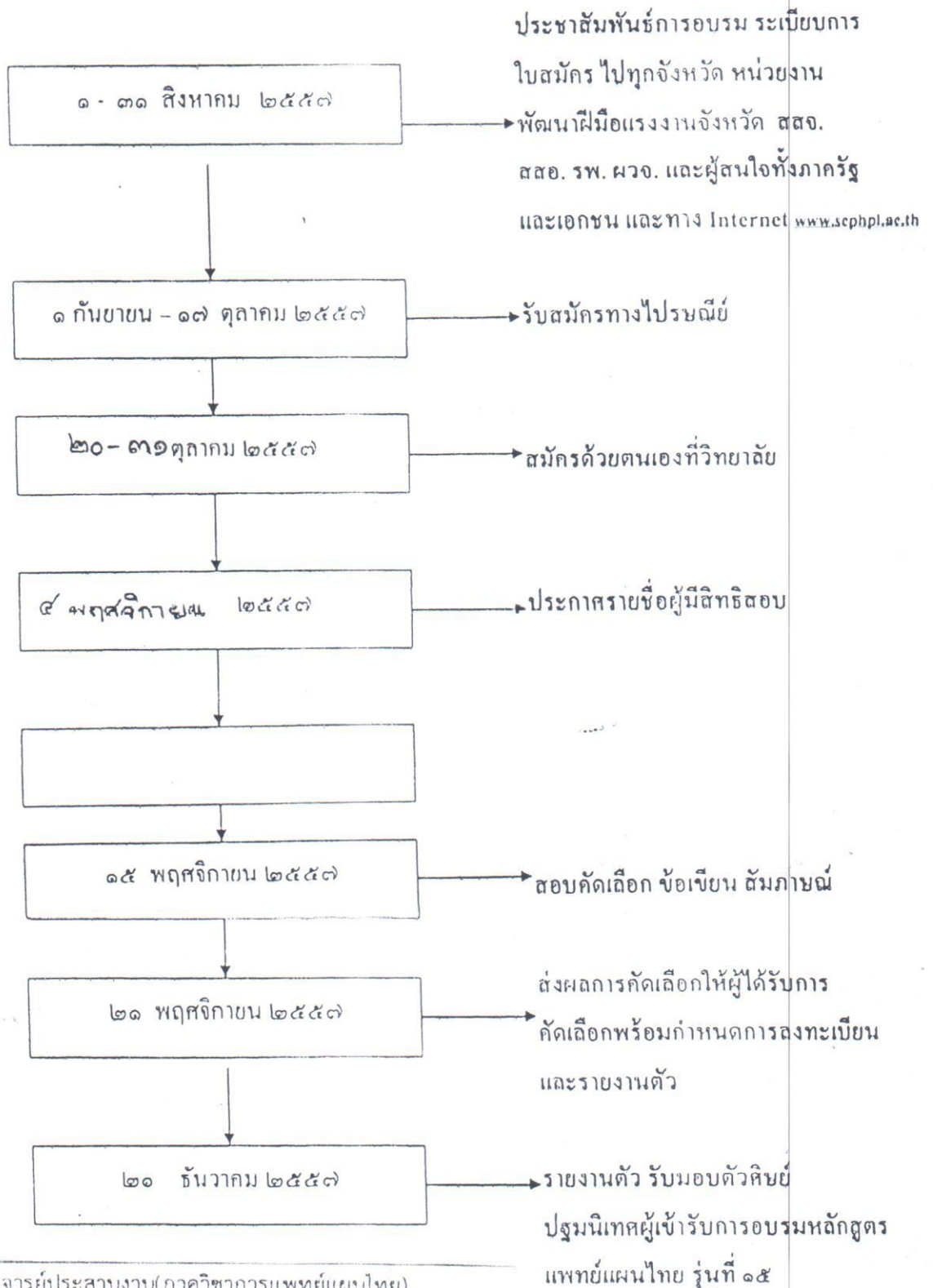
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

๑๘ ก.ย. ๒๕๕๗

ภาควิชาการแพทย์แผนไทย  
โทร. ๐ ๕๕๓๑ ๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐  
โทรสาร ๐ ๕๕๓๑ ๑๙๙๒  
[www.scphpl.ac.th](http://www.scphpl.ac.th)

สมคุณ อภินันท์  
พร.ท.ศิริพันธ์  
18 ก.ย. 57

กำหนดการรับสมัครและคัดเลือกบุคคลเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๕ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘



อาจารย์ประสานงาน(ภาควิชาการแพทย์แผนไทย)  
อ.พิพัฒน์ 089-4328791  
อ.ประกายมาศ 084-6216308  
อ.ศิริพร 089-7076958

ระเบียบการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๕  
ภาควิชาแพทย์แผนไทย (ตึกจฉาเวช) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก  
๖๕๓ หมู่ ๘ ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐  
โทรศัพท์ ๐ ๕๕๓๓ ๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ โทรสาร ๐ ๕๕๓๓ ๑๙๙๒

\*\*\*\*\*

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์ที่มีประวัติยาวนานมาแต่ครั้งพุทธกาล เป็นการแพทย์ที่แสดงถึงภูมิปัญญาความเชื่อของคนไทย มีองค์ความรู้ที่เป็นรูปแบบของตนเองในลักษณะเป็นองค์รวมในการดูแลสุขภาพทั้ง กาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม บนรากฐานคุณธรรมทางการแพทย์ที่ สืบทอดมาแต่โบราณกาล

### ข้อมูลหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่เปิดรับสมัคร

หลักสูตรเวชกรรมไทย ๓ ปี

เป็นหลักสูตรที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทย ศึกษาการบำบัดรักษาโรค สมุนไพร การรักษาด้วยการนวดไทย เมื่อสอบใบประกอบวิชาชีพได้สามารถเปิดสถานพยาบาลประกอบวิชาชีพเพื่อบำบัดรักษาโรคแก่ผู้ป่วยด้วยหลักการการแพทย์แผนไทยได้ตามกฎหมาย

แนวทางการจัดการศึกษา

ชั้นปีที่ ๑ ศึกษาความรู้ด้านเภสัชกรรมไทย (เตรียมแพทย์)

เป็นหลักสูตรเตรียมความพร้อมความเป็นแพทย์ ศึกษาสมุนไพร รูป สี กลิ่น รส ชื่อสรรพคุณ การปรุงยาไทย การควบคุมการผลิตยาไทย การนวดเบื้องต้นตลอดถึงการปลูกขยายพันธุ์และบำรุงรักษาสมุนไพร การอบรมต่อในชั้นปีที่ ๒ และปีที่ ๓ ผ่านการประเมินคุณธรรมจริยธรรมและความเป็นแพทย์โดยคณะอาจารย์ว่าสามารถเป็นแพทย์แผนไทยที่ดีได้ จึงจะมีสิทธิอบรมต่อ

ชั้นปีที่ ๒ ศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาไทยระดับพื้นฐานและโรคเฉพาะ การนวดรักษาโรคและการผดุงครรภ์ไทย เมื่อสอบใบประกอบวิชาชีพได้สามารถเปิดร้านขายยาแผนโบราณ เปิดโรงงานผลิตยาแผนไทย นำเข้า-ส่งออกพืชสมุนไพร และดูแลสุขภาพมารดาก่อนและหลังคลอด รวมทั้งการนวดรักษาโรคได้ตามกฎหมาย

ชั้นปีที่ ๓ ศึกษาความรู้ด้านเวชกรรมไทย (การวินิจฉัยโรค รักษาโรค)

การเรียนการสอนยึดองค์ความรู้เดิมที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์แพทย์ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ ๕ โปรดให้แพทย์หลวงชำระ รวมทั้งตำราแพทย์อื่น ๆ ที่มีมาครั้งสมัยอยุธยา ตำราโบราณอื่น ๆ เพื่อความเข้าใจและสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ดูแลสุขภาพได้ เมื่อสอบใบประกอบวิชาชีพประเภทเวชกรรมไทยได้แล้วสามารถตรวจวินิจฉัยโรคด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยได้และเรียนนวดไทยพื้นฐาน นวดบำบัด กดจุดรักษา ตามหลักเส้นประธานสิบ และนวดพื้นบ้าน เช่น จับเส้น ตอกเส้น เป็นต้น เมื่อสอบใบประกอบวิชาชีพได้สามารถประกอบวิชาชีพนวดไทยได้

การเรียนการสอนเน้นการใช้สื่อจากของจริง มีสวนสมุนไพรประกอบด้วยสมุนไพรกว่า ๒๕๐ ชนิด นำผู้เข้ารับการอบรมเดินป่าเพื่อศึกษาสมุนไพรในธรรมชาติโดยอาจารย์ซึ่งเป็น หมอพื้นบ้านผู้เชี่ยวชาญ มีคลินิกแพทย์แผนไทยให้บริการในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป มีห้องปฏิบัติการผลิตยาไทยพร้อมเครื่องมือที่เหมาะสมและทันสมัยสำหรับการแพทย์แผนไทย ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับประสบการณ์วิชาชีพจากการฝึกงานในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงงานผลิตยาแผนโบราณ บ้านหมอพื้นบ้าน สถานพยาบาลแพทย์แผนไทยของเอกชนต่าง ๆ

การเรียนการสอนสามารถเรียนด้วยเอกสารตำราที่บ้าน เข้ารับการอบรมเข้มและสัมมนาวิชาการรวมทั้งฝึกปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มประสบการณ์วิชาชีพทั้งในและนอกสถานศึกษา โดยการฝึกประสบการณ์วิชาชีพตามโปรแกรมการมอบหมายงานในรายวิชาต่าง ๆ การเรียนการสอนและฝึกปฏิบัติการการนวดไทยในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ การนวดแบบเชลยศักดิ์ การนวดแบบราชสำนัก การนวดเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่สามารถรักษาได้โดยการนวด เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติการนวดไทยได้ด้วยความปลอดภัย

#### รูปแบบการเรียนการสอน

ใช้รูปแบบการเรียนการสอนทางไกลประกอบกับการเข้ารับการฝึกอบรม ปีละ ๔ ครั้ง ๆ ละประมาณ ๑๐-๑๕ วัน ข้าราชการสามารถเข้ารับการอบรมได้โดยไม่ต้องเป็นวันลาและสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว การอบรมในระบบนี้เหมาะสำหรับข้าราชการและบุคคลทั่วไปที่ประกอบอาชีพอิสระที่ไม่สามารถเรียนเต็มเวลาในหลักสูตรปกติทั่วไปได้

#### ค่าใช้จ่ายในการอบรม

๑. ค่าลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ปีละ ๘,๐๐๐ บาท
๒. ค่าที่พักห้องปรับอากาศ ราคา ๑๐๐/๑๕๐ บาท/วัน
๓. ค่าอาหาร ๓ มื้อ ๒ เบรค ราคา ๒๐๐ บาท/วัน

#### คุณสมบัติผู้สมัครเข้ารับการอบรม

๑. อายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์
๒. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า
๓. มีสัญชาติไทย
๔. ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยตามคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่คณะกรรมการเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ ตามพระราชบัญญัติสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖
๕. ไม่เป็นคนวิกลจริตจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือเป็นโรคที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ตามพระราชบัญญัติสภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๕๖

**หลักฐานประกอบการสมัครเข้ารับการอบรม**

๑. สำเนาประกาศนียบัตรหรือระเบียบแสดงผลการเรียนรู้ (รบ.)

๒. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุล)

๓. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด ๑x๑.๕ นิ้ว จำนวน ๔ รูป ถ่ายมาแล้ว ไม่เกิน ๖ เดือน

นับถึงวันสมัคร โดยเขียนชื่อ-นามสกุล ไว้หลังรูปทุกรูป

๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ

๖. ค่าสมัครสอบ ๒๐๐ บาท ส่งในนามผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดพิษณุโลก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐

๗. ใบรับรองแพทย์

๘. ใบรับรองความประพฤติ

กำหนดการสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๕/๒๕๕๘  
ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วัน/เวลา	๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.	๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.
๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๗	วิชาความรู้ความสามารถทั่วไป และ วิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย	สอบสัมภาษณ์

แนวการสอบข้อเขียน

๑. สอบวัดความรู้ความสามารถทั่วไป จำนวน ๑๐๐ ข้อ
  - ๑.๑ คณิตศาสตร์ – วิทยาศาสตร์
  - ๑.๒ ภาษาไทยเพื่อการสื่อสาร
  - ๑.๓ สังคม เศรษฐกิจและการเมือง
๒. สอบวัดความรู้วิชาชีพทางการแพทย์แผนไทย จำนวน ๑๐๐ ข้อ
  - ๒.๑ สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน
  - ๒.๒ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย
  - ๒.๓ เกษษกรรมไทยเบื้องต้น
  - ๒.๔ ฤกษ์และหลักการแพทย์แผนไทยเบื้องต้น
  - ๒.๕ หลักพุทธศาสนา

การแจ้งผลการสอบ (หลังการสอบประมาณ ๑ สัปดาห์)

๑. ทางไปรษณีย์ถึงผู้สอบโดยตรง

โดยผู้เข้าสอบจัดเตรียมซองจดหมายจ่าหน้าของเองพร้อมติดแสตมป์ ๓ บาท ส่งให้

กรรมการคุมสอบในการสอบข้อเขียนภาคเช้า

๒. ดูผลสอบทาง Internet [www.scphpl.ac.th](http://www.scphpl.ac.th)

อุปกรณ์การสอบ

ปากกาและน้ำยาลบคำผิด (ไม่ใช่ดินสอและยางลบ)

## ใบรับรองแพทย์

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์ ..... ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ใบอนุญาตเลขที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ได้ทำการตรวจร่างกาย .....

เมื่อวันที่ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... แล้ว ปรากฏว่า .....

..... ปราศจากโรคดังต่อไปนี้

๑. โรคเรื้อน
๒. วัณโรคในระยะอันตราย
๓. โรคติดยาเสพติดให้โทษ
๔. โรคพิษสุราเรื้อรัง
๕. โรคจิตต่าง ๆ
๖. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังอันเป็นที่น่ารังเกียจ
๗. กามโรคในระยะที่ 2 หมายถึงระยะที่มีฝื่นหรือแผลตามผิวหนัง

เห็นว่า ..... เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

ไม่เป็นผู้มีจิตฟั่นเฟือนหรือไม่สมประกอบ หรือไม่เป็นผู้มีร่างกายทุพพลภาพ หรือเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น จึงไม่  
ขัดต่อการที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด  
พิษณุโลก

(ลงนาม) .....

(.....)

นายแพทย์ผู้ตรวจ

ใบรับรองความประพฤติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรื่อง รับรองความประพฤติ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

ขอรับรองว่า ..... อายุ ..... ปี อาชีพ .....

อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย/ตรอก ..... หมู่ที่ .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

บิดาชื่อ ..... มารดาชื่อ .....

สามีหรือภรรยาชื่อ ..... เป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่เคย

ประพฤติเสียหายและไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาให้จำคุกในคดีอาญา เห็นว่า .....

..... มีความประพฤติเรียบร้อยสามารถเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยฯได้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ

ผู้ที่รับรองความประพฤติต้องมีคุณสมบัติดังนี้

๑. ผู้มีภูมิลำเนาใน กทม. ให้ ผู้อำนวยการเขตหรือสารวัตรสถานีตำรวจท้องที่หรือข้าราชการ  
สัญญาบัตรเป็นผู้รับรอง

๒. ผู้มีภูมิลำเนาในส่วนภูมิภาค ให้ นายอำเภอท้องที่หรือข้าราชการสัญญาบัตรหรือกำนันหรือ  
ผู้ใหญ่บ้านในท้องที่เป็นผู้รับรอง

๓. ข้าราชการ ให้ผู้บังคับบัญชาในส่วนราชการนั้น ๆ เป็นผู้รับรอง



แบบยื่นความจำนงเข้าพักในที่พักของวิทยาลัยฯ  
สำหรับผู้สมัครสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรมหลักสูตรการแพทย์แผนไทย รุ่นที่ ๑๕/๒๕๕๗  
ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

๑. ชื่อตัว - ชื่อสกุล (ตัวบรรจง) .....
- ประสงค์จะเข้าพัก จำนวน ..... คน (ค่าที่พัคนคนละ ๑๐๐/๑๕๐ บาท/คน/คืน)
๒. ที่อยู่ปัจจุบัน .....
๓. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้โดยสะดวก .....
๔. การเข้าพัก แจ้งความประสงค์
- เข้าพักในวันที่ ..... เวลา .....
- ออกจากที่พักในวันที่ ..... เวลา .....
๕. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ผู้ประสานงานที่พัก
- คุณอำนาจ แสงคำ โทร ๐๘๙ ๗๐๗๑๑๘๗ ผู้จัดการหอพัก
- หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๕๕๓๑ ๑๐๒๕ ต่อ ๖๒๐ โทรสาร ๐ ๕๕๓๑ ๑๙๙๒

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยื่นความจำนง  
วันที่ ..... / ..... / .....

หมายเหตุ

๑. ห้องพักเป็นห้องพักปรับอากาศ พักรวมห้องละ ๑๐-๑๕ คน
๒. รับผิดชอบจำนวนจำกัด (ไม่เกิน ๑๐๐ คน)
๓. การชำระเงิน ให้เตรียมไปชำระในวันรายงานตัวเข้าที่พัก
๔. หากผู้ยื่นความจำนงเกินจำนวนที่พักรวม วิทยาลัยฯ จะแจ้งให้ทราบและให้ท่านติดต่อที่พักรด้วยตนเอง
- ตามข้อมูลสถานที่พักรในจังหวัดพิษณุโลก

- |                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| ๑. โรงแรมดงภูเกิด      | โทร. ๐-๕๕๒๓-๒๙๐๑-๓  |
| ๒. โรงแรมไพลิน         | โทร. ๐-๕๕๒๕- ๒๔๑๑-๕ |
| ๓. โรงแรมอมรินทร์นคร   | โทร. ๐-๕๕๒๑-๙๐๖๙-๗๙ |
| ๔. โรงแรมอมรินทร์ลาภูน | โทร. ๐-๕๕๒๒-๐๙๙๙    |
| ๕. โรงแรมท็อปแลนด์     | โทร. ๐ ๕๕๒๔-๗๘๐๐-๙  |
| ๖. โรงแรมลาฟาโลมา      | โทร. ๐-๕๕๒๑-๗๙๓๐-๖  |
| ๗. โรงแรมสมัยนิยม      | โทร. ๐-๕๕๒๔-๗๕๒๗    |
| ๘. โรงแรมราชพฤกษ์      | โทร. ๐-๕๕๒๕-๘๗๘๘-๙  |
| ๙. โรงแรมราชวงศ์       | โทร. ๐-๕๕๒๕-๙๕๖๙    |



ใบสมัครคัดเลือกบุคคลศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย  
วิทยาลัยการสาธารณสุขจิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

สมัครสอบ  
๑ X ๑.๕ นิ้ว

เลขประจำตัวผู้สมัคร

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑. ชื่อผู้สมัคร (นาม, นาม, นามสกุล) ..... นามสกุล .....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร (๑๓ หลัก)
- ส่วนสูง ..... ซม. อายุ ..... ปี ..... เดือน เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....
- เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา ..... อาชีพ .....
- ตำแหน่ง ..... สถานะที่ปฏิบัติงาน .....
- อำเภอ / เขต ..... จังหวัด ..... เบอร์โทรศัพท์ .....
๒. สถานที่เกิดอำเภอ / เขต ..... จังหวัด .....
- ปัจจุบันตั้งบ้านเรือนอยู่ที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....
- หมู่ที่ ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต .....
- จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์โทรศัพท์ .....
๓. บิดาชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ .....
- ยังมีชีวิตอยู่ / ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....
- ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....
- หมู่ที่ ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต .....
- จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์โทรศัพท์ .....
๔. มารดาชื่อ ..... นามสกุล ..... อายุ .....
- ยังใช้ชีวิตอยู่ / ถึงแก่กรรม เชื้อชาติ ..... สัญชาติ ..... ศาสนา .....
- ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่ ..... ตรอก / ซอย ..... ถนน .....
- หมู่ที่ ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต .....
- จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์โทรศัพท์ .....
๕. ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา ของผู้สมัคร	ชื่อสถานศึกษา	อำเภอ / เขต และจังหวัด	เริ่มศึกษา พ.ศ.	สำเร็จการศึกษา พ.ศ.
ม.๓				
ว.๖				

๖. ความสามารถพิเศษ .....

๗. ระหว่างการสมัครขอคิดต่อข้าพเจ้าที่บ้านเลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน ..... ตำบล / แขวง ..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนั้นเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏว่าไม่เป็นความจริงในภายหลัง หรือเอกสารประกอบการสมัครเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานศึกษาจำหน่ายชื่อข้าพเจ้าออกจากสถานศึกษาได้ทันที และกรณีที่ข้าพเจ้าศึกษานี้ บิดา มารดา ผู้อุปการะ หรือผู้ปกครองของข้าพเจ้าทราบ และข้าพเจ้าได้เข้าใจระเบียบที่ประกาศทุกประการพร้อมนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครมาแสดงต่อคณะกรรมการรับสมัคร ดังนี้

๑. ประกาศนียบัตร หรือระเบียบแสดงผลการเรียน (ร.น) หรือใบรับรองผลการเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ หรือเทียบเท่า พร้อมสำเนาภาพถ่าย หรือหลักฐานการศึกษาที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติของผู้สมัคร พร้อมรับรอง ๑ ฉบับ
๒. หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุล (ถ้ามีการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุล)
๓. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมแว่นตาค่า ขนาด ๑ x ๑.๕ นิ้ว จำนวน ๔ รูป และถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร โดยให้ผู้สมัครเขียนชื่อ - นามสกุล ไว้หลังรูปทุกรูป
๔. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
๕. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรข้าราชการของผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนา ๑ ฉบับ
๖. ค่าสมัคร ๒๐๐ บาท ชำนาญนามผู้อำนวยการสาธารณสุข อ. วังทอง จ. พิษณุโลก ๖๕๑๓๐

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้รับสมัคร  
(.....)

วัน ..... เดือน ..... พ.ศ. ....