ใบสมัครเรียนครูสมาธิ

สถาบันพลังจิตตานุภาพ สาขา 78 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สมาคมศิษย์เก่าแพทย์ขอนแก่น ชั้น 3 อาคารเรียนรวม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

123 ถนนมิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โทร.085-0007457, 084-4285742

รุ่นที่ 42

เลขที่ ……

เขียนที่ ……

วันที่สมัคร ……..… เดือน …..……... พ.ศ..……...……

นาย / นาง / นางสาว / .. …….…… นามสกุล …….……ชื่อเล่น…….....…

Mr./Mrs./Miss/ NAME……..…… SURNAME……...…….……..…….....…….

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน……..…...…

วันที่เกิด …….. เดือน …….…… พ.ศ. …..……..…….. อายุ …..…….. ปี

วุฒิการศึกษา ……..…….…….…… ชื่อสถานศึกษา …….…….……..…..

ที่อยู่บ้านเลขที่ ……..……หมู่……..… หมู่บ้าน ……..…… ซอย ……

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

จังหวัด …….. รหัสไปรษณีย์ ……...…… โทรศัพท์ ……

อาชีพ ……...…….……..… ตำแหน่ง …….……...

สถานที่ทำงาน …….. ที่อยู่ …….……...……

……..…...…

…….. โทรศัพท์ ……...……...

E-Mail……โรคประจำตัว.....…….……

บุคคลติดต่อใกล้ชิด……โทรศัพท์……

เหตุผลที่สมัคร ……

ทราบข่าวสารการสมัครจาก ……

◯ รูปถ่าย 1 นิ้ว 1 รูป ◯ สำเนาทะเบียนบ้าน ◯ สำเนาบัตรประชาชน ◯ ค่าสมัคร 40 บาท

…….. ……...

ลายเซ็นต์เจ้าหน้าที่ ลายเซ็นต์ผู้สมัคร