



ใบสมัครเข้าศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ใบสมัครหน้า 1

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

APPLICATION FORM FOR GRADUATE ADMISSION

เลขที่ใบสมัคร (No.)

โปรดกรอกข้อความด้วยพิมพ์ดีดหรือเขียนด้วยตัวอักษรบรรจง (Typewritten or block letters)

ประวัติผู้สมัคร (IDENTIFICATION OF APPLICANT)

เลขประจำตัวผู้สมัคร (Applicant's ID)

ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง) นามสกุล

Name (Mr. /Ms. /Mrs.) Family name

วันเดือนปีเกิด (Date of birth)

วันที่ (Day) เดือน (Month) ปี (Year)

ศาสนา (Religion)

.....

สัญชาติ (Nationality)

.....

เกิดที่จังหวัด (City of birth)

.....

เพศ (Gender)

ชาย (Male) หญิง (Female)

รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว
(1 inch Photo)

เกิดที่ประเทศ (Country of birth)

.....

สถานภาพการสมรส (Marital status)

โสด (Single) แต่งงาน (Married)

สถานที่ติดต่อ (MAILING ADDRESSES)

ที่อยู่ถาวรและหรือที่สามารถติดต่อผู้สมัคร: เลขที่, ถนน, อำเภอ/เขต, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, ประเทศ

(Applicant's permanent mailing address: Number, Street, City, State, Postal Code, Country)

.....

โทรศัพท์ที่บ้าน (Home telephone)

ประเทศ (Country code) รหัส (Area code) เลขหมาย (Number)

โทรศัพท์มือถือ (Mobile phone)

ประเทศ (Country code) รหัส (Area code) เลขหมาย (Number)

E-mail address:

.....

ชื่อสถานที่ทำงานผู้สมัคร: เลขที่, ถนน, อำเภอ/เขต, จังหวัด, รหัสไปรษณีย์, ประเทศ

(Applicant's office mailing address: Number, Street, City, State, Postal Code, Country)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน (Office telephone)

ประเทศ (Country code) รหัส (Area code) เลขหมาย (Number)

โทรสาร (Fax. No)

ประเทศ (Country code) รหัส (Area code) เลขหมาย (Number)

บุคคลที่สามารถติดต่อในกรณีฉุกเฉิน : ชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ และที่อยู่ (Person to be contacted in case of emergency: name, telephone and address)

.....

ข้อมูลการสมัคร (APPLICATION DATA) ข้าพเจ้าประสงค์สมัครเข้าศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ I am applying to Faculty of Public Health: (select one)

หลักสูตร (Program) สาขาวิชา (Program of Study)

ปริญญา (Degree Desired): ปริญญาโท (Master's) ปริญญาเอก (Doctoral)

ภาคปกติ (Full-time) ภาคพิเศษ (Part-time) หลักสูตรนานาชาติ (International program) แผน ก (2) แผน ข

ภาคเรียนที่ต้องการสมัคร (Enrollment Semester): ภาคฤดูร้อน (Summer, March) ภาคเรียนที่ 1 (1st semester, June) ภาคเรียนที่ 2 (2nd semester, November)

ปี พ.ศ. (Academic Year)

ต่อด้านหลัง (Continue Overleaf)

TERTIARY EDUCATION RECORD (begin with most recent institution attended)

ชื่อสถานที่ศึกษา เมืองและประเทศ Name of institution, city and country	สาขาวิชา Major fields of study	ปี พ.ศ..... ถึง พ.ศ..... Years of study: From..... to.....	ชื่อย่อปริญญา (Degrees abbreviation)	คะแนนเฉลี่ย GPA

ระบุรางวัล สิ่งตีพิมพ์ ทุน เกียรติประวัติ ที่เคยได้รับ

List any relevant awards, publications, scholarships, honors held

.....

ประวัติการทำงาน (EMPLOYMENT RECORD)

อาชีพและตำแหน่งปัจจุบัน (Current occupation and position)

Occupation Position

ระบุประวัติประสบการณ์การทำงาน (รวมถึงงานที่ไม่เต็มเวลา) List chronological record of work experience (include part-time experience)

ตำแหน่ง (Position)	ชื่อหน่วยงานและสถานที่ (Name and address of company)	ระยะเวลา พ.ศ..... ถึง พ.ศ..... (Years of service: from.....to.....)

โปรดระบุเหตุผลผลการสมัคร (STATEMENT OF PURPOSE) If additional space is required, please attach a separate sheet.

Please describe briefly your past experiences, your goals and your reasons for choosing your field of study.

ท่านอนุญาตให้ข้อมูลนี้เปิดเผยหรือไม่ โปรดระบุ อนุญาต ไม่อนุญาต

Release of Information: All information provided on this application is subject to public disclosure unless otherwise authorized by the applicant.

Please check the appropriate box Yes No

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ให้ข้อมูลที่แสดงในเอกสารฉบับนี้ พร้อมทั้งหลักฐานประกอบการสมัครถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ

I certify that my statements given in this application together with all supporting documents are correct and true.

ลายมือชื่อผู้สมัคร (Signature of applicant) ลงวันที่ (Date)

โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานไปยัง

Please send to:

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

DEAN, FACULTY OF PUBLIC HEALTH, BURAPHA UNIVERSITY

ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131

Bangsaen, Chon Buri 20131, THAILAND

โทร.038-102743 โทรสาร 038-393471

Tel. 66-38-102743 Fax: 66-38-393471

