

แบบฟอร์มประวัตินักศึกษา
หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ประจำปีการศึกษา 2561

ติครูปสี่
ขนาด 1 หรือ 2 นิ้ว
ให้เรียบร้อย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หน้าข้อความ หรือเติมคำลงในช่องว่างให้ครบถ้วน

ชื่อ นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

Name Surname.....Nickname.....

เลขทะเบียนนักศึกษา

หลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต (6 ปีการศึกษา)

- () โครงการสอบคัดเลือก กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.)
() โครงการสอบคัดเลือกระบบ Admission (สกอ.)

ข้อมูลส่วนตัว

เกิดวันที่.....เดือน.....ปี พ.ศ. อายุ

เลขที่บัตรประชาชน

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

เพศ ชาย หญิง

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ชื่อหมู่บ้าน.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail address.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่สามารถติดต่อได้สะดวก)

1. บ้านพัก

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ชื่อหมู่บ้าน.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

2. กรณีอยู่หอพัก

หอพักโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

หอพักหมู่บ้านเอเชียนเกมส์

หอพักนักศึกษาศูนย์รังสิต (หอใน)

หอพักเอกชน โปรดระบุ ชื่อหอพัก.....

ห้อง.....ชั้น.....เบอร์โทรศัพท์.....

เพื่อนร่วมห้อง ชื่อ.....นามสกุล.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

ประวัติครอบครัว

ชื่อบิดา.....นามสกุล.....

อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

จังหวัด.....เบอร์โทรที่ทำงาน.....

ตำแหน่ง.....รายได้ต่อเดือน (ประมาณ).....(บาท)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ชื่อหมู่บ้าน.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

ชื่อมารดา.....นามสกุล.....

อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

จังหวัด.....เบอร์โทรที่ทำงาน.....

ตำแหน่ง.....รายได้ต่อเดือน (ประมาณ).....(บาท)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ชื่อหมู่บ้าน.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก.....

ประวัติการได้รับวัคซีน

----- Vaccine -----	วัน – เดือน – ปี ที่ได้รับครั้งสุดท้าย
<input type="checkbox"/> Hepatitis A vaccine
<input type="checkbox"/> Hepatitis B vaccine
<input type="checkbox"/> Influenza vaccine
<input type="checkbox"/> Measles – Mumps – Rubella (MMR) vaccine
<input type="checkbox"/> Varicella (chickenpox) vaccine
<input type="checkbox"/> Tetanus vaccine

อาการผิดปกติที่เคยมพบ

ปี พ.ศ. อาการ / โรค

สถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา

หมายเหตุ

ปี พ.ศ. อาการ / โรค

สถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา

หมายเหตุ

ประวัติการศึกษา

1. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

แผนการศึกษา วิทย์ – คณิต อื่น ๆ

โรงเรียน..... จังหวัด.....

เกรดเฉลี่ย..... ปี พ.ศ. ที่จบ

2. ระดับอุดมศึกษา (ก่อนเข้าเรียนคณะเภสัชศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์)

ชื่อปริญญา..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

เกรดเฉลี่ย..... ปี พ.ศ. ที่จบ.....

ทุนการศึกษาที่เคยได้รับ

พ.ศ.ชื่อทุน

จำนวนเงิน..... บาท

- ประเภทของทุน ทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษาของรัฐบาล (ยศ. หรือ กรอ.)
 ทุนส่งเสริมการเรียน (ทุนให้เปล่า)
 ทุนประเภทอื่น ๆ (โปรดระบุ).....

พ.ศ.ชื่อทุน

จำนวนเงิน..... บาท

- ประเภทของทุน ทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษาของรัฐบาล (ยศ. หรือ กรอ.)
 ทุนส่งเสริมการเรียน (ทุนให้เปล่า)
 ทุนประเภทอื่น ๆ (โปรดระบุ).....

ความสามารถพิเศษ

1. ด้านดนตรี
2. ด้านภาษา
3. ด้านกีฬา
4. ด้านศิลปกรรม / การแสดง
5. ด้านคอมพิวเตอร์
6. อื่นๆ (โปรดระบุ)

ประวัติการเข้าร่วมกิจกรรม

เช่น ประวัติการทำหน้าที่ / ตำแหน่ง / ประธานชั้นปี / หัวหน้าชมรม

ลำดับที่	ชื่อ	ปี พ.ศ.
1		
2		
3		
4		
5		

รางวัล / เกียรติบัตร (ที่เคยได้รับ)

1. ชื่อกิจกรรม / งาน.....
ช่วงเวลา (วัน/เดือน/ปี).....
จัดโดย.....
ได้รับรางวัล / เกียรติบัตร.....
2. ชื่อกิจกรรม / งาน.....
ช่วงเวลา (วัน/เดือน/ปี).....
จัดโดย.....
ได้รับรางวัล / เกียรติบัตร.....
3. ชื่อกิจกรรม / งาน.....
ช่วงเวลา (วัน/เดือน/ปี).....
จัดโดย.....
ได้รับรางวัล / เกียรติบัตร.....

การหารายได้พิเศษ (กรณีบรรยายละเอียด/ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ทั้งหมดนี้ เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....เจ้าของประวัติ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....