

**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.....

ข้อมูล พี่/น้อง (รวมตนเองด้วย) จำนวน.....คน ดังนี้

ชื่อ - นามสกุล	ปีเกิด	อาชีพ / การศึกษา (ปัจจุบัน)
1. ....	.....	.....
2. ....	.....	.....
3. ....	.....	.....
4. ....	.....	.....

ชื่อผู้อุปการะทางการศึกษา ขณะเป็นนักศึกษาหลักสูตรเภสัชศาสตรบัณฑิต

ชื่อ - นามสกุล.....เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้สมัคร  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ชื่อหมู่บ้าน.....  
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....เบอร์โทรศัพท์บ้าน.....  
อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน (ประมาณ).....(บาท)  
สถานที่ทำงาน.....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ในกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน / จำเป็นเร่งด่วน

ให้ข้อมูลเพิ่มเติม (ยกเว้น บิดา มารดา พี่/น้อง) เช่น ปู่, ย่า, ตา, ยาย, ลุง, ป้า, น้า, อา /ครู / เพื่อนสนิท

ชื่อ - นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์.....  
ชื่อ - นามสกุล.....เบอร์โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์.....

ภาวะสุขภาพ

หมู่โลหิต ABO System  A  B  AB  O  
Rh System  Positive  Negative

นักศึกษา มีความบกพร่องทางร่างกายหรือไม่

- ไม่มีความบกพร่อง  
 มีความบกพร่อง ถ้ามี  ความผิดปกติทางสายตา (สั้น / ยาว / เอียง/ ตาบอดสี)  
 หูตึง  
 พูดติดอ่าง  
 อื่น ๆ (ระบุ).....

โรคประจำตัว.....

มีอาการแพ้ (โปรตีน ระบุ เช่น ยา,อาหาร).....

## 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                         | ..... |

## อาการผิดปกติที่เคยพบ

- 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 (กยศ. หรือ กรอ.)  
 ทุนส่งเสริมการเรียน (ทุนให้เปล่า)  
 ทุนประเภทอื่น ๆ (โปรดระบุ).....

พ.ศ. ....ชื่อทุน .....

จำนวนเงิน..... บาท

- ประเภทของทุน  ทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษาของรัฐบาล (กยศ. 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 (กรณีระบุรายละเอียด/ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งไว้ทั้งหมดนี้ เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....เจ้าของประวัติ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....