ติดรูปถ่าย

<u>แบบฟอร์มตรวจสุขภาพ</u>

รหัสนิสิต

ชื่อ……..…..…นามสกุล……..…...……ชื่อเล่น……..เบอร์โทรศัพท์….……..

เพศ.....เกิดวันที่.....เดือน……..……..……พ.ศ..……..……อายุ.....ปี กรุ๊ปเลือด…….

ส่วนสูง……...เซนติเมตร..... น้ำหนัก……กิโลกรัม เชื้อชาติ……สัญชาติ……..

ศาสนา……โรคประจำตัว ( ) โรคหัวใจ , ( ) ลมบ้าหมู , ( ) ความดันต่ำ/สูง , ( ) ไวรัสตับอักเสบบี , ( ) โรคไขข้อ

อักเสบ ( ) หอบหืด , ( ) อื่นๆ (ระบุ)……..…… เคยป่วยเป็น..……..…..…..แพ้ยา……..……..

เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ( ) ไม่เคย ( ) เคย สาเหตุ…….....คลินิก / แพทย์ประจำ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน……..……..……..... โรงเรียน (มัธยมศึกษาตอนปลาย)……..……

บิดาชื่อ……..……..นามสกุล…….. ( ) มีชีวิตอยู่ , ( ) เสียชีวิต

ที่อยู่…….....โทรศัพท์……อาชีพ…….

มารดาชื่อ……...….....นามสกุล..……..…….. ( ) มีชีวิตอยู่ , ( ) เสียชีวิต

ที่อยู่……โทรศัพท์……..…

อาชีพ…….....สถานภาพของบิดามารดา ( ) สมรส , ( ) หย่า , ( ) แยกกันอยู่

ชื่อผู้ปกครอง……..……..……..นามสกุล……อายุ……..……ปี

ที่อยู่…….....โทรศัพท์……อาชีพ……..….....

มีความเกี่ยวข้องโดยเป็น……..……เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ทันที……

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงลงชื่อ

ลงชื่อ ..... นิสิต

(.....)

ลงชื่อ ..... ผู้ปกครอง

(.....)

หมายเหตุ - กรุณาแจ้งข้อมูลที่เป็นจริง ไม่มีผลต่อการสอบสัมภาษณ์ (มีผลดีต่อตัวนิสิตเอง)

- ส่งคืนที่หน้าคณะเกษตร กำแพงแสน วันพุธที่ 26 กรกฎาคม 2559