



แบบเสนอชื่อบุคคลเพื่อเข้ารับการศึกษาเป็นคณบดีวิทยาลัยการแพทย์ทางเลือก
มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

.....

๑. ขอเสนอชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล

ตำแหน่งทางวิชาการ อาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ศาสตราจารย์
สัญชาติ..... วัน เดือน ปีเกิด อายุ..... ปี
สังกัดหน่วยงาน.....

เข้ารับการศึกษาเป็นคณบดีวิทยาลัยการแพทย์ทางเลือก

๒. ประวัติการศึกษา

| วุฒิการศึกษา | สาขาวิชา | ปีที่สำเร็จการศึกษา | สถาบันที่สำเร็จการศึกษา |
|--------------|----------|---------------------|-------------------------|
| ปริญญาตรี | | | |
| ปริญญาโท | | | |
| ปริญญาเอก | | | |

๓. ประวัติการทำงาน

| ตำแหน่ง | หน่วยงาน/สถาบัน | ปี พ.ศ. |
|---------|-----------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

๔. ตำแหน่งปัจจุบัน

.....

๕. สถานที่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก บ้าน ที่ทำงาน

เลขที่..... ซอย..... ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรศัพท์ (มือถือ) โทรสาร

e-mail