



ลำดับเลขที่.....

ใบสมัครเข้าเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ห้องเรียนพิเศษ
โรงเรียนสุโขทัยวิทยาคม อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุโขทัย
ประจำปีการศึกษา 2564

ชื่อ (ผู้สมัคร) นาย/นางสาว นามสกุล.....โทรศัพท์.....
เลขประจำตัวประชาชน _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. หมู่เลือด เพศ ชาย หญิง
ภูมิลำเนา บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ชื่อบิดาอาชีพ.....โทรศัพท์.....
ชื่อมารดาอาชีพ.....โทรศัพท์.....
ผู้ปกครอง คือ บิดา มารดา บุคคลอื่น ๆ ความสัมพันธ์กับนักเรียน คือ.....
ชื่อ - สกุล ผู้ปกครอง.....อาชีพ.....โทรศัพท์.....
สำเร็จชั้นเรียนสุดท้าย(ม.3)จากโรงเรียน.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... ปีการศึกษา.....
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมรวมทุกวิชา 5 ภาคเรียน ปีการศึกษา 2561-2563 เท่ากับ.....
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมวิชาวิทยาศาสตร์ 5 ภาคเรียน เท่ากับ
ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมวิชาคณิตศาสตร์ 5 ภาคเรียน เท่ากับ

ข้าพเจ้าขอสมัครสอบคัดเลือกเข้าเรียนแผนการเรียนวิทยาศาสตร์ – คณิตศาสตร์ ห้องเรียนพิเศษ GP
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ของโรงเรียนสุโขทัยวิทยาคม

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร
(.....)

ยื่นใบสมัครวันที่.....เดือน..... พ.ศ.2564

สำหรับเจ้าหน้าที่ หลักฐานที่ใช้สมัคร สำเนาใบ ปพ.1/ สมุดประจำตัวนักเรียน รูปถ่ายนักเรียน จำนวน 1 ใบ
 สำเนาทะเบียนบ้านของนักเรียน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร
(.....)

หมายเหตุ ในการมาสมัครให้นำบัตรประจำตัวประชาชนตัวจริงมาด้วย