



รูปถ่าย 1 นิ้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี  
ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

**ประวัติผู้สมัคร**

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....มือถือ.....  
E-mail Address.....  
เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

**การศึกษา**

คุณวุฒิทางการพยาบาล.....  
สถาบันการศึกษา.....ปีที่สำเร็จการศึกษา.....  
การอบรมเพิ่มเติม  
หลักสูตร.....ระยะเวลา.....ปี/เดือน  
หลักสูตร.....ระยะเวลา.....ปี/เดือน  
หลักสูตร.....ระยะเวลา.....ปี/เดือน

**สถานที่ปฏิบัติงาน**

สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน.....  
ที่อยู่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....  
ระยะเวลาที่ปฏิบัติในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ.....ปี

**หลักฐานการสมัคร**

- ☐ รูปถ่ายหน้าตรงชุดข้าราชการไม่สวมหมวกและแว่นดำ ขนาด 1 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 รูป
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1 จำนวน 1 ชุด
- ☐ สำเนาปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตร จำนวน 1 ชุด
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการ จำนวน 1 ชุด
- ☐ หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา จำนวน 1 ชุด

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี  
หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา  
สำหรับผู้สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป  
( การรักษาโรคเบื้องต้น ) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....  
สังกัด กรม.....กระทรวง.....  
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน  
สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ( การรักษาโรคเบื้องต้น )  
เห็นสมควรสนับสนุนให้ลาราชการได้ โดยต้นสังกัด ☐สนับสนุนค่าลงทะเบียน  
☐ผู้อบรมจ่ายค่าลงทะเบียนเอง  
(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

| สถานที่ผู้สมัครปฏิบัติงาน                           | ผู้บังคับบัญชาที่ให้การรับรอง |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล                      | 1. สาธารณสุขอำเภอ             |
| 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ                           | 2. สาธารณสุขอำเภอ             |
| 3. โรงพยาบาลชุมชน                                   | 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน  |
| 4. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ | 4. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล       |
| 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด                         | 5. นายแพทย์สาธารณสุข          |