



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
☐ ค่าสมัคร 50 บาท

(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