



รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๑

ระหว่างวันที่ ๒๕ เมษายน - ๒๓ กันยายน ๒๕๕๙

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (10หลัก)เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันเดือนปีเกิด.....

สถานที่ทำงาน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....เขตสุขภาพที่.....

ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง.....ปี

จบการศึกษาสูงสุด.....สาขา.....

ปี พ.ศ.ที่จบ.....สถาบัน.....

สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์มือถือ.....

E-mail Address.....

หลักฐานการสมัคร

- ใบสมัครอบรม
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา
- รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว ๓ รูป

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....