



รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๐

ระหว่างวันที่ ๒๑ สิงหาคม - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

กรุณกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

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

- ☐ ค่าสมัคร ๕๐ บาท
- ☐ ใบสมัครอบรม
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น ๑
- ☐ หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา
- ☐ รูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว ๑ รูป

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

หนังสือรับรอง (Recommendation)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น.....

ขอรับรองผู้สมัครในด้านต่างๆ ดังนี้

๑. มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมาเรียบร้อยแล้ว.....ปี

๒. บุคลิกภาพและความประพฤติ.....

.....

๓. ภาวะสุขภาพ

.....

(ลงนาม).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ

ผู้รับรอง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าพยาบาล