

ใบสมัคร

การอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ 6

ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ (บ้าน)ที่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ (มือถือ) ที่ติดต่อได้

E-mail.....

วุฒิการศึกษา.....จบจากโรงเรียน.....

ประสบการณ์การทำงาน.....ปี หน่วยงาน (ระบุ).....

☐ ค่าสมัคร 200 บาท☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน☐ สำเนาใบประกาศนียบัตร/ใบรายงานผลการศึกษา (ม.6/ม.ศ.5)☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน☐ สำเนาทะเบียนบ้าน☐ ใบรับรองแพทย์ ไม่เกิน 3 เดือน

แหล่งทุน

☐ ทุนส่วนตัว☐ ทุนโรงพยาบาล ระบุ.....

กรณีที่โรงพยาบาลมีโควต้า ท่านต้องการรับการอบรม ตลอดหลักสูตร เมื่อจบแล้วต้องปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล
เจ้าของทุน

☐ ต้องการ☐ รพ.นครปฐม☐ รพ.สมุทรสาคร☐ รพ.ราชบุรี☐ ไม่ต้องการ