

ใบสมัคร

การอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รุ่นที่ ๒

ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
 ที่อยู่ติดต่อได้.....

 โทรศัพท์ (บ้าน).....
 สถานที่ทำงาน.....

 โทรศัพท์.....
 วุฒิการศึกษา.....
 ตำแหน่งปัจจุบัน.....
 ประสบการณ์การทำงาน.....ปี หน่วยงาน (ระบุ).....

- ☐ ตัวแลกเงินไปรษณีย์ จำนวน ๕๐ บาท หรือ เงินสด ๕๐ บาท (กรณีสมัครด้วยตนเอง)
☐ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน
☐ สำเนาปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตร/ใบรายงานผลการศึกษา (ม.๖/ม.ศ.๕)
☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

.....ผู้สมัคร
 (.....)
/...../.....