หนังสือรับรองการขออนุมัติรับการอบรม

.....

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง ....

สถานที่ทำงาน ..... สังกัดกรม ....

กระทรวง /ทบวง ..... จังหวัด .....

รับรองว่าผู้สมัคร คือ นาย / นาง / นางสาว .....

กอง ..... กรม ..... กระทรวง / ทบวง ....

เป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติให้สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร .....

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และหากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรม จะต้องดำเนินการขออนุมัติเข้ารับการอบรมแบบเต็มเวลา ต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงที่มีสิทธิ์อนุมัติให้เข้ารับการอบรมได้ต่อไป

ลงนาม .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาชั้นต้นที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาสมัครเข้ารับการอบรมได้

.....

หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง ....

กอง ..... กรม ..... โทรศัพท์ .....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาย / นาง / นางสาว ....

ขอรับรองว่า นาย / นาง / นางสาว ..... ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล

ณ หน่วยงาน ..... เป็นเวลา ..... ปี

ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง ..... ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อการประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
๑. ความสมารถในการปฏิบัติงาน	.....	.....	.....
๒. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย	.....	.....	.....
๓. ทัศนคติต่อวิชาชีพ	.....	.....	.....
๔. มนุษย์สัมพันธ์	.....	.....	.....
๕. ความประพฤติ	.....	.....	.....
๖. สุขภาพ	.....	.....	.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

ใบตอบรับ

เข้าร่วมอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด
ระหว่างวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๙
ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

---

๑. ชื่อ – สกุล ..... ตำแหน่ง .....

เลขที่ใบอนุญาตสภาการพยาบาล (๑๓ หลัก) .....

สถานที่ทำงาน .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... มือถือ .....

๒. สถานที่พัก ☆ ให้ดำเนินการเองทั้งหมด

๓. ข้อมูลที่พักใกล้ๆ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

☆ ปีนังอพาร์ตเมนท์ โทรศัพท์ (๐๗๔) ๔๔๘๒๓๕ – ๖ , มือถือ ๐๘๑ – ๙๖๘๑๒๐๖
ราคารายวัน (๕๐๐ บาท / วัน)
รายเดือน (๓,๗๐๐ บาท ค่าน้ำค่าไฟฟ้าจ่ายเอง)

☆ นภัสนันท์เพลส อาพาร์ตเมนท์ มือถือ ๐๘๕ – ๖๔๑๔๖๕๓ , ๐๘๒ – ๔๔๕๕๔๓๙
ราคารายวัน (๔๙๐ บาท / วัน)
รายเดือน (๔,๐๐๐ บาท – ๔,๕๐๐ บาท ค่าน้ำค่าไฟฟ้าจ่ายเอง)

☆ โรงแรมฟลอร่าเมย์ รีสอร์ท โทรศัพท์ (๐๗๔) ๓๓๓๘๒๘ , ๓๓๓๘๒๒
ราคารายวัน (๑,๐๐๐ บาท / วัน)

<u>หมายเหตุ</u>

๑. ให้ผู้เข้ารับการอบรมนำคอมพิวเตอร์มาเพื่อใช้ประกอบการเรียนการสอนด้วยตนเอง
๒. หมดเขตการรับสมัครในวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๕๙
๓. กรุณาส่งใบตอบรับมายังกลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โทรศัพท์.(๐๗๔)๔๖๘๓๙๕ โทรสาร.(๐๗๔)๔๖๗๔๘๐