

เลขที่ใบสมัคร

วันที่สมัคร

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด

รุ่นที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ติดรูปถ่าย

ขนาด ๑ นิ้ว

๑. ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง)นาย / นาง / นางสาว
(ภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่) Mr. / Mrs. / Miss
๒. เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี จังหวัด
๓. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน.....
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ (บ้าน) โทรศัพท์ (มือถือ)
๔. สถานะภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
๕. วุฒิการศึกษาที่ได้รับ ปีการศึกษาที่สำเร็จ
๖. ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง สถานที่ทำงาน
แผนก / หน่วยงาน สังกัด (กรม / กอง / กระทรวง)
โทรศัพท์ ระยะเวลาการทำงาน (พ.ศ. - พ.ศ.)
สถานที่ตั้งของหน่วยงาน เลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล เลขที่
๗. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติ (ทำเครื่องหมาย / ใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง)
 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาลเทียบเท่าปริญญาตรี
 มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอย่างน้อย ๕ ปี
 มีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลชั้นหนึ่งได้ตามกฎหมาย
 สามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มเวลา และครบถ้วนตลอดระยะเวลาการอบรม
๘. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่อไปนี้มาด้วยแล้ว (ทำเครื่องหมาย / ใน หน้ารายการเอกสารที่แนบ)
 สำเนาใบปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร สำเนาบัตรข้าราชการ หรือบัตรประจำตัวประชาชน
 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาล และผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาล
 สำเนารับรองคะแนนรายวิชาในหลักสูตรการพยาบาล
 รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (ภาพถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
 หนังสือรับรองการอนุมัติสมัครเข้ารับการอบรม หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน
 ใบรับรองแพทย์ สำเนาเอกสารอื่นๆ (โปรดระบุ)
๙. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.