

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
Program of Nurse Practitioner in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis)
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อมูลผู้สมัคร

หมายเลขประจำตัวประชาชน (๑๓ หลัก)

ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว,/ยศ)..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด...../...../.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

บ้านเลขที่ หมู่ที่..... หมู่บ้าน

ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (บ้าน).....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ E-mail.....

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล.....

ถนน..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ โทรสาร

ตำแหน่งการทำงานปัจจุบัน

ประวัติการศึกษา

วุฒิมัธยมศึกษา สถาบันที่สำเร็จการศึกษา..... พ.ศ..

วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุดสถาบันที่สำเร็จการศึกษา.....พ.ศ..

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

เลขที่สภาการพยาบาล.....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

การสมัครเข้าอบรม

สมัครโดย

() โรงพยาบาลต้นสังกัดของรัฐ โปรดระบุ.....

() โรงพยาบาลต้นสังกัดของเอกชน โปรดระบุ.....

เป้าหมายในการเข้ารับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัด
ทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม).....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร

.....
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....