

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง): Program of Nurse Practitioner
in Renal Replacement Therapy (Peritoneal Dialysis)ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔

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

วุฒิมการศีกษา

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา..... พ.ศ.....

วุฒิมการศีกษาสูงสุด

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา.....พ.ศ.....

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

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

เป้าหมายในการเข้ารับอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง)

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

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร

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

วันที่.....เดือน.....ปี.....