

**ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม):**

Program of Nursing Specialty in Renal Replacement Therapy Nurse Practitioner (Hemodialysis)

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

วุฒิมการศึษา

สถาบันที่สำเร็จการศึษา..... พ.ศ.....

วุฒิมการศึษาสูงสุด

สถาบันที่สำเร็จการศึษา..... พ.ศ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาศึพ.....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

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

เป้าหมายในการเข้ารับอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)

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

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....