



ที่สำหรับคิด
รูปถ่าย 1 นิ้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเลขที่.....

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) :
Program of Nurse Practitioner in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis) รุ่นที่ 10
ระหว่างวันที่ 11 สิงหาคม 2560 - 16 มีนาคม 2561

ข้อมูลผู้สมัคร

- ชื่อ-สกุลผู้สมัคร ภาษาไทย.....
ชื่อ-สกุลผู้สมัคร ภาษาอังกฤษ.....
- สถานภาพสมรส.....เพศ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
- ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....
- สถานที่ทำงาน.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.	วุฒิการศึกษา	สาขา	สถาบัน

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.	สถานที่ทำงาน	หน่วยงานที่ปฏิบัติ	ระยะเวลา(เดือน-ปี)



การสมัครเข้าอบรม

สมัครโดย () ต้นสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ โปรตระบุ.....

() ต้นสังกัดโรงพยาบาลเอกชน โปรตระบุ.....

เป้าหมายในการเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม).....

.....

.....

.....

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบการสมัคร

1. ใบสมัครการเข้าอบรมหลักสูตรที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
2. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน ไม่นต่ำกว่า 2 ปี
3. หนังสือยินยอมให้เข้ารับการอบรม จากต้นสังกัด
4. หนังสือรับรองความประพฤติดี มีประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
5. รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว 4 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (ติดใบสมัคร 1 ใบ)
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ชุด
7. สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล (การศึกษาต่อเนื่อง) 1 ชุด
5. สำเนาใบประกอบวิชาชีพพยาบาล 1 ชุด

แจ้งความจำนง / สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่

คุณวรารพร บุญคุ้ม

หน่วยไตเทียม ชั้น 4 อาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

เบอร์โทรศัพท์ 043 - 348-888 ต่อ 67223

Email : kidney@kku.acth