



กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ติดรูปถ่าย

ขนาด 1x1"

**ใบสมัครเข้ารับการอบรมโครงการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
ระหว่างวันที่ 18 เม.ย. – 14 ต.ค. 2559 ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า**

วันที่สมัคร.....

- ชื่อ-สกุล(ตัวบรรจง) นาง/นางสาว/นาย.....
(ภาษาอังกฤษ ตัวบรรจง) Mrs./Ms./Mr.....
ตำแหน่งทางทหาร – ตำรวจ(ยศ ภาษาอังกฤษ).....
- เกิดวันที่..... อายุ.....ปี
- เลขบัตรประชาชนหมดอายุวันที่.....
- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์ (มือถือ).....
E-mail
- สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
- วุฒิสูงสุดที่ได้รับ.....ปีที่สำเร็จการศึกษา.....
สถานศึกษา.....
- ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....แผนก/หน่วย/หอผู้ป่วย.....
สังกัด (กอง,กรม,กระทรวง).....โทรศัพท์.....
ระยะเวลาการทำงาน (พ.ศ.- พ.ศ.).....รวมเวลาทำงาน.....ปี.....เดือน
สถานที่ตั้งของหน่วยงาน เลขที่ หมู่ที่..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
- ใบอนุญาตวิชาชีพการพยาบาล เลขที่.....หมดอายุวันที่.....
- เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
- อัตราค่าสมัครสอบคนละ 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

11. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วย (เขียนเครื่องหมาย ในช่อง หน้ารายการที่แนบ)

- 11.1. สำเนาประกาศนียบัตร หรือ ปริญญาบัตรตามคุณสมบัติของผู้สมัคร
- 11.2. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- 11.3. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล (ที่ไม่หมดอายุ)
- 11.4. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) ติดใบสมัคร 1 รูป และบัตรประจำตัวสอบ 2 รูป ให้เรียบร้อย
- 11.5. หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน) เฉพาะผู้ที่สังกัดหน่วยงานของรัฐ (ตามเอกสารลำดับที่ 3)
- 11.6. หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน) (ตามเอกสารลำดับที่ 5)
- 11.7. สำเนาหลักฐานการการโอนเงินค่าสมัครสอบ (แนบมาพร้อมกับใบสมัครเท่านั้น)
- 11.8. บัตรประจำตัวผู้สมัครสอบ แนบมาพร้อมกับใบสมัคร (ตามเอกสารลำดับที่ 4)

****ขอให้ผู้สมัครส่งเอกสารประกอบการสมัคร พร้อมเขียน ชื่อ - นามสกุล ของผู้สมัครให้ชัดเจนส่งทางไปรษณีย์มาที่**

ร.อ.หญิง ภัทราวดี จินตนา หน่วยไต ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ร.พ.พระมงกุฎเกล้า (ตามเอกสารลำดับที่ 4 ระบุชื่อ) กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ : 0897728383 เบอร์ติดต่อภายใน : 02-7633310 E-mail : HDNurse.PMK@hotmail.com

12. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2559

หมายเหตุ ผู้สมัครสอบที่แนบหลักฐานประกอบการรับสมัครไม่ครบตามข้อ 11.1-11.8 งดรับพิจารณาและไม่รับสมัครสอบ

สำหรับเจ้าหน้าที่ ได้รับใบสมัครวันที่.....

จนท.ผู้รับ / ตรวจสอบใบสมัคร.....

ผลการตรวจสอบ

- คุณสมบัติถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด เอกสารหลักฐานที่แนบใบสมัคร ถูกต้องครบถ้วน
- ไม่ถูกต้อง/ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก.....

หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบ

(เฉพาะผู้ที่สังกัดหน่วยงานของรัฐ)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....สังกัด กรม.....

กระทรวง.....จังหวัด.....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร คือ นาง/นางสาว/นายตำแหน่ง.....

เป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้มาสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการ

พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) ระหว่างวันที่ 18 เม.ย. – 14 ต.ค.2559

ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปีการศึกษา 2559 และหากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้าอบรมจะต้อง

ดำเนินการขออนุมัติลาศึกษาอบรมแบบเต็มเวลาต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงที่มีสิทธิ์อนุมัติให้ลาศึกษาต่อได้ต่อไป

ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้ลงนาม คือ ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (หัวหน้าหน่วยงาน) ที่อนุมัติให้มาสมัครได้

อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด, หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัดโรงพยาบาล..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....ขอรับรอง

ว่า นาง/นางสาว/นายได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล

ณ หน่วยงาน.....เป็นเวลา.....ปี.....เดือน (นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร)

ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง

.....
ข้าพเจ้าขอรับรองการปฏิบัติงานดังนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม

(.)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ - ผู้ลงนาม คือ ผู้บังคับบัญชาขั้นต้น อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด, หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล, ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล

เลขที่นั่งสอบ

บัตรประจำตัวผู้สมัครสอบ

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) ปีการศึกษา 2559

ติตรูปถ่าย ขนาด 1x1"	ชื่อ.....
	สถานที่ทำงาน
	ลายเซ็นผู้สมัครสอบ.....

เลขที่นั่งสอบ

บัตรประจำตัวผู้สมัครสอบ

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) ปีการศึกษา 2559

ติตรูปถ่าย ขนาด 1x1"	ชื่อ.....
	สถานที่ทำงาน
	ลายเซ็นผู้สมัครสอบ.....

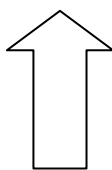
กรุณาส่ง

ร้อยเอกหญิง ภัทราวดี จินตนา

หน่วยไต ชั้น 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติ รพ.พระมงกุฎเกล้า

เลขที่ 315 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

หมายเหตุ เอกสารประกอบการรับสมัครโครงการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)



สำหรับปะหน้าซองส่งเอกสารกลับ