

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)

ประจำปี 2561 รุ่นที่ 53

ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 ตุลาคม 2561

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....

ข้อมูลผู้สมัคร

1. ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....
2. สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
3. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี
4. สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

5. บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....  
ซอย.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (บ้าน).....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

ประวัติการศึกษา

พ.ศ.	วุฒิการศึกษา	สาขา	สถาบัน

ประวัติการทำงาน

1. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....  
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่...../...../..... ถึง...../...../.....  
ผู้รับรอง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/หรือหัวหน้าหน่วย  
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงาน ณ  
สถาบันแห่งนี้จริง  
ลงชื่อ.....  
( )  
ตำแหน่ง.....  
ลงวันที่.....

2. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่...../...../..... ถึง...../...../.....

ผู้รับรอง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/หรือหัวหน้าหน่วย

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงาน ณ  
สถาบันแห่งนี้จริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงวันที่.....

### การสมัครเข้าอบรม

สมัครโดย ( ) ต้นสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ โปรตระนู.....

( ) ต้นสังกัดโรงพยาบาลเอกชน โปรตระนู.....

( ) ตนเอง

ช่องทางการสมัคร

( ) สมัครด้วยตนเอง ( ) ส่งใบสมัครทาง E-mail

เป้าหมายในการเข้ารับการอบรม

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

