รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัคร
การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 7

ชื่อผู้สมัคร ..... นามสกุล .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....

.....

โทรศัพท์ (บ้าน) ..... (มือถือ) .....

สถานที่ทำงาน .....

..... โทรศัพท์ .....

จังหวัดที่เกิด..... ศาสนา..... เชื้อชาติ.....

วุฒิการศึกษา .....

ตำแหน่งปัจจุบัน .....

ประสบการณ์การทำงาน ..... ปี หน่วยงาน (ระบุ) .....

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน
- ☐ สำเนาปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตร
- ☐ สำเนารายงานผลการเรียน
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ หนังสือรับรองการทำงานจากหน่วยงานต้นสังกัด (ตามแบบฟอร์มแนบท้ายใบสมัคร)
- ☐ อื่น ๆ (ใบสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-ชื่อสกุล, ทะเบียนสมรส, ทะเบียนหย่า ฯลฯ)

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

..... / ..... / .....

หมายเหตุ : กรุณาส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัครมาที่ อาจารย์อุบล สุทธิเนียม (โทร.086-328-8276)
งานฝึกอบรมและศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
เลขที่ 2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 <u>ภายในวันที่ 30 กันยายน 2554</u>

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา
ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ กระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน..... จังหวัด.....

สังกัด กรม..... กระทรวง.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัคร น.ส./นาง/นาย.....

ตำแหน่ง..... ปฏิบัติงานที่.....

จังหวัด..... สังกัด.....

ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน

สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 7

เห็นสมควรสนับสนุนให้ลาราชการได้

ลงชื่อ.....

( )

...../...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่