



รูปถ่าย  
ขนาด 2 x 3 นิ้ว  
ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่น 6

ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม - 15 พฤศจิกายน 2567

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

\*\*\*\*\*

คำชี้แจง: โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... (ชื่อเดิม ถ้ามี).....  
 นามสกุล..... (นามสกุลเดิม ถ้ามี).....  
 วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ .....ปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ.....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....  
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....  
 โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address .....  
 สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน .....เลขที่.....หมู่ที่.....  
 ตรอก/ซอก..... ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก).....  
 ชื่อหัวหน้าแผนก (ผู้บังคับบัญชาลำดับที่ 1).....โทรศัพท์มือถือ.....
2. ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)
 

คุณวุฒิ	ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อสถานที่ศึกษา
2.1 .....	.....	.....
2.2 .....	.....	.....
3. ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)
  - 3.1 ตำแหน่ง..... หอผู้ป่วย..... พ.ศ.....ถึงพ.ศ.....
  - 3.2 ตำแหน่ง..... หอผู้ป่วย..... พ.ศ.....ถึงพ.ศ.....
4. ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม
  - 4.1 .....
  - 4.2 .....
  - 4.3 .....
5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....