



รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน
6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรอาชีพอนามัยและความปลอดภัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข รุ่นที่ 3
ระหว่างวันที่ 22 พฤศจิกายน – 13 ธันวาคม 2567
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

คำชี้แจง: โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด

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

คุณวุฒิ	ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อสถานที่ศึกษา
2.1
2.2
- ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)
 - ตำแหน่ง..... หอผู้ป่วย..... พ.ศ.....ถึงพ.ศ.
 - ตำแหน่ง..... หอผู้ป่วย..... พ.ศ.....ถึงพ.ศ.
- ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม
 - 4.1
 - 4.2
 - 4.3
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
(ลงชื่อ)
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.....

หมายเหตุ

- ชำระค่าลงทะเบียน จำนวน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน) โดยดาวน์โหลดใบแจ้งชำระเงิน Teller Payment KTB ทางเว็บ <http://www.bnc.ac.th> ภายในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567
- ส่งหลักฐานใบสมัคร และหลักฐานการชำระค่าสมัคร มาที่ E-Mail : bnctraining@bnc.ac.th ถึงเจ้าหน้าที่บริหารโครงการ โทรศัพท์ 038 282607 หรือ 096 7927364
- กรุณานำใบสมัคร และหลักฐานการโอนเงินมาในวันฝึกอบรมฯ