



รูปถ่าย  
ขนาด 2 นิ้ว  
ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ 4

ระหว่างวันที่ 22 สิงหาคม 2565 – 23 ธันวาคม 2565

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/ซอย..... 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.....