



รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ 5

ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 สิงหาคม 2566

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..... ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address
- สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (รพ./หอผู้ป่วย)เลขที่.....
หมู่ที่..... ต.รอก/ชอย..... 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)

3.1 ตำแหน่ง.....	หอผู้ป่วย.....	พ.ศ.....	ถึงพ.ศ.....
3.2 ตำแหน่ง.....	หอผู้ป่วย.....	พ.ศ.....	ถึงพ.ศ.....

- ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม

4.1
4.2
4.3

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....