



รูปถ่าย  
ขนาด 2 x 3 นิ้ว  
ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข (60 ชม.)

ระหว่างวันที่ 17 พฤศจิกายน – 8 ธันวาคม 2566

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

\*\*\*\*\*

คำชี้แจง: โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด

- 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.....
- ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)
 

คุณวุฒิ	ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อสถานที่ศึกษา
2.1	.....	.....
2.2	.....	.....
- ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)
 

3.1 ตำแหน่ง.....	หออผู้ป่วย.....	พ.ศ.....ถึงพ.ศ.....
3.2 ตำแหน่ง.....	หออผู้ป่วย.....	พ.ศ.....ถึงพ.ศ.....
- ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม
 

4.1	.....
4.2	.....
4.3	.....
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
 (ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

### หมายเหตุ

- ชำระเงินค่าลงทะเบียน จำนวน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน) โดยดาวินโฮลด์ใบแจ้งการชำระเงิน Teller Payment KTB ทางเว็บ <http://www.bnc.ac.th> ภายในวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566
- ส่งหลักฐานใบสมัคร และหลักฐานการชำระค่าสมัคร มาที่ E-mail : [bnctraining@bnc.ac.th](mailto:bnctraining@bnc.ac.th) ถึง เจ้าหน้าที่บริหารโครงการ โทรศัพท์ 038 282607 มือถือ 096 357 5121
- กรุณานำใบสมัคร และหลักฐานการโอนมาในวันอบรมฯ