



รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ 6

ระหว่างวันที่ 4 มิถุนายน – 18 ตุลาคม 2567

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

คำชี้แจง: โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด

1. 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.....
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.....