

## ใบสมัครคัดเลือก

## หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต รุ่นที่ 4

- ชื่อ-นามสกุล..... ชื่อ-นามสกุลเดิม(ถ้ามี).....  
เกิดวันที่..... จังหวัดที่เกิด.....  
บัตรประชาชน เลขที่..... หมุดอายุวันที่.....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล เลขที่..... หมุดอายุวันที่.....  
สมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่..... หมุดอายุวันที่.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน.....
- ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....  
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....  
เบอร์โทรที่ทำงาน..... มือถือ..... E-mail.....

## 4. ประวัติการศึกษาวิชาชีพพยาบาล (เรียงลำดับปีพ.ศ.)

ช่วงระยะเวลาศึกษา (พ.ศ.)	สาขาที่ศึกษา	สถาบัน	รวมระยะเวลา การศึกษา(ปี)

## 5. ประวัติการปฏิบัติงาน (เรียงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาจนถึงปัจจุบัน)

ช่วงระยะเวลา ปฏิบัติงาน(พ.ศ.)	ตำแหน่ง	ประเภทผู้ป่วยที่ดูแล	โรงพยาบาล	รวมระยะเวลา การปฏิบัติงาน (ปี)

## 6. เหตุผลที่ต้องการเข้าอบรมหลักสูตรนี้.....

## 7. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้ เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการฝึกอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนามผู้สมัคร.....

วันที่.....



## หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ-นามสกุล (ผู้บังคับบัญชา) ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

ขอรับรองว่า ชื่อ-นามสกุล (ผู้สมัคร)..... ตำแหน่ง.....

เป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้สมัครเพื่อเข้าอบรมโครงการ/หลักสูตร.....

ตามหลักสูตรของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าฝึกอบรมครั้งนี้.....

.....

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาที่มีสิทธิ์อนุมัติให้สมัครสอบและลาฝึกอบรมได้