ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว
ให้เรียบร้อย

ใบสมัครคัดเลือก

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รุ่นที่ 8

1. ชื่อ-นามสกุล.....ชื่อ-นามสกุลเดิม(ถ้ามี).....
   เกิดวันที่.....จังหวัดที่เกิด.....
   บัตรประชาชน เลขที่.....หมดอายุวันที่.....
   ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล เลขที่..... หมดอายุวันที่.....
   สมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่.....หมดอายุวันที่.....
2. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
   .....
3. ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....
   สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....
   .....
   เบอร์โทรที่ทำงาน.....มือถือ.....E-mail.....
4. **ประวัติการศึกษาวิชาชีพพยาบาล** (เรียงลำดับปีพ.ศ.)

ช่วงระยะเวลาศึกษา (พ.ศ.)	สาขาที่ศึกษา	สถาบัน	รวมระยะเวลาการศึกษา(ปี)

5. **ประวัติการปฏิบัติงาน** (เรียงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาจนถึงปัจจุบัน)

ช่วงระยะเวลาปฏิบัติงาน(พ.ศ.)	ตำแหน่ง	ประเภทผู้ป่วยที่ดูแล	โรงพยาบาล	รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)

6. **เหตุผลที่ต้องการเข้าอบรมหลักสูตรนี้**.....
   .....
7. **คำรับรองของผู้สมัคร**

   ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้ เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของฝ่ายการพยาบาล 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