



ใบสมัครคัดเลือก

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลรังสีวิทยา รุ่นที่ 10

ติครูข่าย 1
นี้
ให้เรียบร้อย
(รูปถ่ายไม่เกิน
6 เดือน)

- ชื่อ-นามสกุล.....ชื่อ-นามสกุลเดิม(ถ้ามี).....
เกิดวันที่.....จังหวัดที่เกิด.....
บัตรประชาชน เลขที่.....หมตอายุวันที่.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล เลขที่.....หมตอายุวันที่.....
สมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่.....หมตอายุวันที่.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน.....
- ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....
ปฏิบัติงานทางด้านรังสี รักษา / วินิจฉัย / ร่วมรักษา / เวชศาสตร์นิวเคลียร์ / อื่นๆ (ระบุ)
เบอร์ที่ทำงาน.....มือถือ.....E-mail.....line ID.....
โรคประจำตัว.....แพ้ยา/อาหาร.....
ชื่อผู้ติดต่อฉุกเฉิน.....เกี่ยวข้องเป็น.....เบอร์โทรศัพท์.....

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 และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของฝ่ายการพยาบาล 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.....