

## ใบสมัครคัดเลือก

## หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รุ่นที่ 4

- ชื่อ-นามสกุล.....ชื่อ-นามสกุลเดิม(ถ้ามี).....  
เกิดวันที่..... (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) จังหวัดที่เกิด.....  
บัตรประชาชน เลขที่..... หมุดอายุวันที่.....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล เลขที่..... หมุดอายุวันที่.....  
สมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่..... หมุดอายุวันที่.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน.....
- ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....  
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....  
เบอร์โทรที่ทำงาน.....มือถือ.....E-mail.....
- ทุนที่ใช้ในการเรียน  ทุนโรงพยาบาล/ต้นสังกัด  ทุนส่วนตัว
- ประวัติการศึกษาวิชาชีพพยาบาล (เรียงลำดับปีพ.ศ.)

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

- ประวัติการปฏิบัติงาน (เรียงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาจนถึงปัจจุบัน)

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

- เหตุผลที่ต้องการเข้าอบรมหลักสูตรนี้.....

- คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้ เป็นความจริงทุกประการ  
และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนามผู้สมัคร.....

วันที่.....

## บัตรประจำตัวสอบไม่ต้องส่งมาพร้อมใบสมัคร



### บัตรประจำตัวสอบ

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รุ่นที่ 4

ติดรูปถ่าย  
1 นิ้ว  
ให้เรียบร้อย

เลขประจำตัวผู้สมัคร..... (ตรวจสอบหน้าห้องสอบ)

ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัคร.....  
สังกัด.....

วันที่สอบ 28 มกราคม 2569 เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ .....  
(สถานที่สอบติดตามจากประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบ)

ลายเซ็นผู้สมัครสอบ.....  
( ต้องแสดงบัตรนี้ต่อกรรมการคุมสอบพร้อมบัตรประชาชน จึงจะถือว่าผู้มีสิทธิ์เข้าสอบได้ )

### \*\*\* ข้อควรปฏิบัติในวันสอบ

1. นำบัตรประจำตัวผู้สอบติดรูปให้เรียบร้อยยื่นหน้าจุดลงทะเบียน
2. นำบัตรประชาชนตัวจริงมายื่นหน้าจุดลงทะเบียน
3. กรุณาแต่งกายสุภาพ (ไม่สวมกางเกงยีนส์)



## 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 เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล