



ติกรูปถ่าย 1 นิ้ว
ให้เรียบร้อย
(รูปถ่ายไม่เกิน 6
เดือน)

ใบสมัครคัดเลือก

หลักสูตรฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การพยาบาลรังสีร่วมรักษา รุ่นที่ 3

- 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	รวมระยะเวลาการศึกษา(ปี)

5. ประวัติการปฏิบัติงาน (เรียงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาจนถึงปัจจุบัน)

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