

ใบสมัครคัดเลือก

หลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น การพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหารขั้นสูง รุ่นที่ 13

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

4. ประวัติการศึกษาวิชาชีพพยาบาล (เรียงลำดับปีพ.ศ.)

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

5. ประวัติการปฏิบัติงาน (เรียงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาจนถึงปัจจุบัน)

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

6. ประสบการณ์การเป็นพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร.....ปี

7. เหตุผลที่ต้องการเข้าอบรมหลักสูตรนี้.....

8. 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