



ใบสมัครคัดเลือก

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รุ่นที่ 9

1. ชื่อ-นามสกุล.....ชื่อ-นามสกุลเดิม(ถ้ามี).....
เกิดวันที่.....จังหวัดที่เกิด.....
บัตรประชาชน เลขที่.....หมดอายุวันที่.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล เลขที่.....หมดอายุวันที่.....
สมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่.....หมดอายุวันที่.....

2. ที่อยู่ปัจจุบัน.....

3. ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์ทำงาน.....มือถือ.....E-mail.....

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
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.....