



หนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาจากผู้บังคับบัญชา
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองรุ่นที่ ๒
ระหว่างวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๓
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว (ผู้รับรอง)นามสกุล.....
ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน.....
จังหวัด..... สังกัด.....
กระทรวง..... เกี่ยวข้องเป็นผู้บังคับบัญชาของ
นาย/นาง/นางสาว (ผู้สมัคร).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน.....
จังหวัด..... สังกัด.....
กระทรวง.....
มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา.....ปี
ประสบการณ์ด้านอื่นๆ โปรดระบุ.....ระยะเวลา.....ปี
โดยปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....
รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน (นับถึงวันที่ยื่นใบสมัคร) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า
หากนาย/นาง/นางสาว (ผู้สมัคร).....นามสกุล.....
ได้ผ่านการสอบคัดเลือก ข้าพเจ้าจะอนุมัติให้ลาศึกษาต่อ อนุมัติ ไม่อนุมัติ
เหตุผล.....
.....

(ลงนาม).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....
(ประทับตราหน่วยงานผู้ออกหนังสือ)

หมายเหตุ : ผู้รับรองคือผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน ที่มีอำนาจอนุมัติให้ลาศึกษาต่อได้ เช่น คณบดี หัวหน้า
ฝ่ายฯ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นต้น