

ใบสมัครเลขที่.....  
(สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก)



ติดรูป  
๑ นิ้ว

ใบสมัครอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ ๒  
ระหว่างวันที่ ๒๐ เมษายน - ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

\*\*\*\*\*

ข้อมูลผู้สมัคร

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน(๑๓ หลัก)

ชื่อ(นาย/นางสาว/นาง).....นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

ศาสนา.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (บ้าน)..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-mail.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้..... โทรสาร.....

ตำแหน่งปัจจุบัน..... อายุราชการ.....ปี

ประวัติการศึกษา

วุฒิมัธยมศึกษา

ปริญญาตรี วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา.....

สถาบันที่จบ.....พ.ศ.....

ปริญญาโท วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา.....

สถาบันที่จบ.....พ.ศ.....

ปริญญาเอก วุฒิมัธยมศึกษา.....สาขา.....

สถาบันที่จบ.....พ.ศ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (๑๐ หลัก).....

วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล (๕ หลัก).....

วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....

เป้าหมายในกาเข้าอบรม

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ขอรับรองข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

อนุมัติให้ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

มาเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ ๒  
ระหว่างวันที่ ๒๐ เมษายน - ๗ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

เหตุผลและความจำเป็นของหน่วยงานที่ส่งบุคลากรเข้าอบรม

.....  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักฐานการสมัครที่ต้องส่งมาด้วย

๑. ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ใบ ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน (ติดใบสมัคร ๑ ใบ และแนบมาด้วยอีก ๑ ใบเขียนชื่อนามสกุลหลังรูป)
๒. หนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาจากผู้บังคับบัญชา ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๔. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๕. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทางการพยาบาล ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
๖. สำเนาวุฒิการศึกษา ๑ ฉบับ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ส่งเอกสารทางไปรษณีย์มาที่

งานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

๑๘/๖๔ ถนนเทศบาล ๔ ตำบลปากเพรียว อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐

วงเล็บมุมของกลางขวา (สมัครอบรม)

ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓