

ใบสมัครอบรม

หลักสูตร การฟื้นฟูด้านพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร ๕ วัน)
วันที่ ๒๖ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์



กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

๑. นาง นางสาว นาย ยศ.....ชื่อ - นามสกุล.....
๒. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพ
ตำแหน่งอื่น ๆ
๓. มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปี
มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาเคมีบำบัด ระยะเวลา ปี
๔. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข ๑๐หลัก) _____
๕. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล
๖. สถานที่ปฏิบัติงาน : เขตสุขภาพโรงพยาบาล
- หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....เลขที่.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(มือถือ).....
- E - Mail
๗. หลักฐานประกอบการสมัคร
 ใบสมัครอบรม / คำรับรองการปฏิบัติงาน (ส่วนท้าย)
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ลงชื่อ (ผู้สมัคร)
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

ขอรับรองว่า ตำแหน่ง

ได้ผ่านหลักสูตร การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร ๑๐ วัน) มาแล้วไม่น้อยกว่า ๕ ปี

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....