



## ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑

Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๗ มกราคม ถึงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

\*\*\*\*\*

## กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ(ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rank .....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

ที่อยู่ที่ติดต่ได้ .....

E-mail : .....

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

สถานที่ทำงาน .....หน่วยงาน.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....ประสบการณ์การทำงาน ..... ปี

วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

\*\* ค่าลงทะเบียนไม่รวมค่าศึกษาดูงาน \*\* ตลอดหลักสูตร ๔ เดือน : ๔๕,๐๐๐ บาท

\*\* โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑

บัญชีชื่อ “นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวยพริ้ง”

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com)

- ใบสมัครอบรม/รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน \*รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดพยาบาลเท่านั้น\*
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ
- สำเนารายงานผลการเรียน
- สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

\*\*กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน

เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม

\*\*โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ...../...../.....

**หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา**  
**ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑**

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....  
สังกัด กรม..... กระทรวง.....  
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นางสาว/นาง/นาย /ยศ.....  
ตำแหน่ง .....ปฏิบัติงานที่.....  
จังหวัด.....สังกัด.....  
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ..... ปี .....เดือน  
สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑  
เห็นควรสนับสนุนให้ลาราชการได้โดยต้นสังกัด ( ) สนับสนุนค่าลงทะเบียน  
( ) ไม่สนับสนุนค่าลงทะเบียน

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา .....  
(.....)

ตำแหน่ง .....  
วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

สถานที่ผู้สมัครปฏิบัติงาน	ผู้บังคับบัญชาที่ให้การรับรอง
๑.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	-สาธารณสุขอำเภอ
๒.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-สาธารณสุขอำเภอ
๓.โรงพยาบาลชุมชน	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
๔.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๕.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	-นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด