



ใบสมัครอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง รุ่นที่ 14



กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข 10หลัก) เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด

ที่อยู่ติดต่อได้

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

สถานที่ทำงาน

.....โทรศัพท์.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ประสบการณ์การทำงาน ปี หน่วยงาน

จบการศึกษาสูงสุดสาขา.....

ปี พ.ศ. ที่จบ สถาบันที่จบ

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ใบสมัครอบรม
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา

หมายเหตุ : ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

()

วันที่