



ใบสมัครอบรมหลักสูตร
“โครงการอบรม Nurse Manager in Palliative Care”
ระหว่าง วันที่ ๒๕ - ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙
ณ โรงแรมมารี ดอนเมือง แอร์พอด

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัว

ชื่อ นามสกุล

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เลข ๑๐ หลัก) _ _ _ _ _ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล _ _ _ _ _

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน _ _ _ _ _ วัน/เดือน/ปี เกิด

ตำแหน่งปัจจุบัน

มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปี

สถานที่ปฏิบัติงาน: โรงพยาบาล หน่วยที่ปฏิบัติงาน

เลขที่ ถนน แขวง / ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

มือถือ

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ใบสมัครการอบรม
- ใบประกอบวิชาชีพ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

(.....)

วันที่