



ลำดับที่

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง รุ่นที่ ๑๘

Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๑๔ มีนาคม - ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด

ที่อยู่ติดต่อได้

E-mail :

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

สถานที่ทำงาน

.....โทรศัพท์.....

เขตสุขภาพที่ ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ประสบการณ์การทำงาน ปี หน่วยงาน

จบการศึกษาสูงสุดสาขา.....

ปี พ.ศ. ที่จบ สถาบันที่จบ

หลักฐานประกอบการสมัคร :

- ใบสมัครอบรม
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครฉบับจริง

มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

()

วันที่/...../.....