



ใบสมัครอบรม

หลักสูตร การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อรับอนุญาตฉีดยาเคมีบำบัด
ภาคทฤษฎีวันที่ ๘-๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ภาคปฏิบัติวันที่ ๑๕-๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙



กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

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

มีประสบการณ์การในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานการให้ยาเคมีบำบัด

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../๒๕๕๙