



ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๑๙

Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๖ มีนาคม - ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ.....นามสกุล.....
 เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด
 ที่อยู่ติดต่อได้
 E-mail :
 โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....
 สถานที่ทำงาน
 โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
 ประสบการณ์การทำงาน ปี หน่วยงาน
 วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

**** ค่าลงทะเบียนไม่รวมค่าศึกษาดูงาน **** ตลอดหลักสูตร ๔ เดือน : ๔๐,๐๐๐ บาท
**** โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑**
บัญชีชื่อ “นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวยพริ้ง”

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : nursetraining.nci@gmail.com / vonganan_nci@hotmail.com

- ใบสมัครอบรม/รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน
- *รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดพยาบาลขาวเท่านั้น***
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ
- สำเนารายงานผลการเรียน
- สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

****กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน
 เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม
 โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
 (.....)
 วันที่/...../.....

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา

ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๑๙

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....

สังกัด กรม..... กระทรวง.....

ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นส./นาง/นาย

ตำแหน่งปฏิบัติงานที่.....

จังหวัด.....สังกัด.....

ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ปีเดือน

สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๑๙

เห็นควรสนับสนุนให้ลาราชการได้โดยต้นสังกัด () สนับสนุนค่าลงทะเบียน

() ไม่สนับสนุนค่าลงทะเบียน

ลงชื่อ

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

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