



ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑

Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ(ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rankนามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนวัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

ที่อยู่ที่ติดต่ได้

E-mail :

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

สถานที่ทำงานหน่วยงาน.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....ประสบการณ์การทำงาน ปี

วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

** ค่าลงทะเบียนไม่รวมค่าศึกษาดูงาน ** ตลอดหลักสูตร ๔ เดือน : ๔๕,๐๐๐ บาท

** โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑

บัญชีชื่อ “นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวยพริ้ง”

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : nursetraining.nci@gmail.com

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

**กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน

เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม

**โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา
ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....
สังกัด กรม..... กระทรวง.....
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นางสาว/นาง/นาย /ยศ.....
ตำแหน่งปฏิบัติงานที่.....
จังหวัด.....สังกัด.....
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ปีเดือน
สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑
เห็นควรสนับสนุนให้ลาราชการได้โดยต้นสังกัด () สนับสนุนค่าลงทะเบียน
() ไม่สนับสนุนค่าลงทะเบียน

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา
(.....)

ตำแหน่ง
วันที่/...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

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