



## ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๓

Program of Nursing Specialty in Oncology Nursing

ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

\*\*\*\*\*

## กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

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

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rank .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

ที่อยู่ที่ติดต่ได้ .....

E-mail : .....โทรศัพท์(มือถือ).....

เขตบริการสุขภาพที่ ..... โรงพยาบาล.....หน่วยงาน.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....ประสบการณ์การทำงาน ..... ปี

วุฒิการศึกษา.....ปีพ.ศ.ที่จบการศึกษา.....

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com)

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

\*\*กรุณาสแกนส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน  
เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม

\*\*โปรดนำหลักฐานฉบับจริงพร้อมรูปถ่าย มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ...../...../.....

**หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา**  
**ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๓**

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน..... จังหวัด.....  
สังกัด กรม..... กระทรวง.....  
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นางสาว/นาง/นาย /ยศ.....  
ตำแหน่ง .....ปฏิบัติงานที่.....  
จังหวัด..... สังกัด.....  
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ..... ปี .....เดือน  
สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๓  
เห็นควรสนับสนุนให้ลาราชการได้โดยต้นสังกัด ( ) สนับสนุนค่าลงทะเบียนโดย  
 จากเขตบริการสุขภาพ  จากโรงพยาบาล

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