



ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๓

Program of Nursing Specialty in Oncology Nursing

ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม ถึงวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

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

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

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

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

ที่อยู่ที่ติดต่อดี

E-mail :โทรศัพท์(มือถือ).....

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

ตำแหน่งปัจจุบัน.....ประสบการณ์การทำงาน ปี

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

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : 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.....
ตำแหน่งปฏิบัติงานที่.....
จังหวัด..... สังกัด.....
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ปีเดือน
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