

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร ๑ เดือน)

ภาคทฤษฎีวันที่ ๓-๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ณ โรงแรมไอยกสกาย

ภาคปฏิบัติวันที่ ๑๗-๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

- นาง นางสาว นาย ยศ.....ชื่อ - นามสกุล.....
- ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพ
ตำแหน่งอื่น ๆ
- มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปี
มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาเคมีบำบัด ระยะเวลา ปี
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข ๑๐หลัก) _ _ _ _ _
- เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล
- สถานที่ปฏิบัติงาน : เขตสุขภาพที่.....โรงพยาบาล
- หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....เลขที่ ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด
- รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(มือถือ).....E-Mail.....
- หลักฐานประกอบการสมัคร E-Mail : nursetraining.nci@gmail.com

หมายเหตุ ** กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม

** โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย

- ใบสมัครอบรม / คำรับรองการปฏิบัติงาน (ส่วนท้าย) โดยผู้บังคับบัญชา
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ(ไม่หมดอายุ)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี)

ลงชื่อ (ผู้สมัคร)

(.....)

วันที่/...../.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

ขอรับรองว่า ตำแหน่ง

มีประสบการณ์การในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๑ ปี และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานการให้ยาเคมีบำบัด

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....