



ใบสมัคร

การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง



กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข 10หลัก) _ _ _ _ _

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

ที่อยู่ติดต่อได้

.....

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

สถานที่ทำงาน

.....โทรศัพท์.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ประสบการณ์การทำงาน ปี หน่วยงาน

จบการศึกษาสูงสุดสาขา.....

ปี พ.ศ. ที่จบ สถาบัน

หลักฐานประกอบการสมัคร

- สำเนาการโอนเงินค่าสมัคร
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา

หมายเหตุ : ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

.....

.....ผู้สมัคร

()

วันที่