



ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๒

Program of Nursing Specialty in Oncology Nursing

ระหว่างวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๓

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

ที่อยู่ที่ติดต่ได้

E-mail :โทรศัพท์(มือถือ).....

สถานที่ทำงานหน่วยงาน.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....ประสบการณ์การทำงาน ปี

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

** 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 *รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดพยาบาลขาวเท่านั้น*
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ
- สำเนารายงานผลการเรียน
- สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

****กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน
เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม**

****โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย**

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา
ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๒

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน..... จังหวัด.....
สังกัด กรม..... กระทรวง.....
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นางสาว/นาง/นาย /ยศ.....
ตำแหน่งปฏิบัติงานที่.....
จังหวัด..... สังกัด.....
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ปี เดือน
สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๒
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 |