

**ใบสมัครอบรม**  
**โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้น การพยาบาลศัลยกรรมมะเร็ง (หลักสูตร ๑๐ วัน)**  
**ระหว่างวันที่ ๑๔-๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๓**  
**ณ โรงแรมในกรุงเทพมหานคร**

**กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์**

๑.  นาง  นางสาว  นาย  ยศ.....ชื่อ - นามสกุล.....
๒. ตำแหน่ง  พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  พยาบาลวิชาชีพ  
ตำแหน่งอื่น ๆ .....
๓. มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ..... ปี  
มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลศัลยกรรม ระยะเวลา ..... ปี
๔. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข ๑๐หลัก) \_ \_ \_ \_ \_
๕. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....
๖. สถานที่ปฏิบัติงาน : เขตสุขภาพที่.....โรงพยาบาล .....
- หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....เลขที่ ..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด .....
- รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(มือถือ).....E-Mail.....
๗. หลักฐานประกอบการสมัคร E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto: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 และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานการพยาบาล

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....