



ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปรีศัลยกรรม
(หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566) รุ่นที่ 7 ประจำปีงบประมาณ 2569

รูปถ่าย 1 นิ้ว

(ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)

- 1) คำนำหน้า-ชื่อ-สกุล
(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
*หมายเหตุ สะกดชื่อภาษาอังกฤษให้เหมือนในบัตรประจำตัวประชาชน
- 2) วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ.....ปี
- 3) ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
Line ID.....อีเมล.....
- 4) ข้อมูลการศึกษา (วุฒิการศึกษาสูงสุดด้านการพยาบาล)
ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร.....สาขาวิชา.....
สถานศึกษา.....ปีการศึกษาที่จบ.....
- 5) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
- 6) เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
- 7) เลขที่บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
- 8) สถานที่ทำงาน..... [] รัฐ [] เอกชน
เบอร์โทรศัพท์.....ต่อ.....
- 9) ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด.....ปี
ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....
- 10) โปรดระบุหมายเลข 1 - 2 ตามลำดับความสำคัญที่ต้องการเข้ารับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
[] สาขาศัลยกรรมทั่วไป
[] สาขาศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก และลาริงซ์
[] สาขาศัลยกรรมจักษุ
[] สาขาศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
[] สาขาศัลยกรรมสูติ - นรีเวช
[] สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ
[] สาขาศัลยกรรมประสาทและสมอง
[] สาขาศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด
ขอรับรองว่าข้อความในเอกสารฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....ผู้สมัคร

()

วันที่.....



หนังสือรับรอง (Recommendation)

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปรีศัลยกรรม
(หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566) รุ่นที่ 7 ประจำปีงบประมาณ 2569

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

ขอรับรองว่า (นาย/นาง /นางสาว).....

มีประสบการณ์ทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด.....ปี และให้การรับรองผู้สมัครในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ความจำเป็นของหน่วยงาน

.....

.....

.....

2. คุณสมบัติของผู้สมัคร

2.1 ด้านบุคลิกภาพ

.....

.....

2.2 ด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามหน้าที่

.....

.....

2.3 ด้านความประพฤติ

.....

.....

2.4 อื่นๆ

.....

.....

ผู้บังคับบัญชาระดับต้น ลงนาม

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ผู้บังคับบัญชาระดับสูงสุด ลงนาม

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม ดังนี้

1. ผู้บังคับบัญชาระดับต้น : หัวหน้าห้องผ่าตัด / หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
2. ผู้บังคับบัญชาระดับสูงสุด : หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล