

**ใบสมัครเข้ารับการอบรม “หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**

**สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด” ปีงบประมาณ 2565 รุ่นที่ 20 – 21**

**สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี**

**รอบที่ 1 (ผู้สมัคร)**

ภาคทฤษฎี วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2565

ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 เมษายน – 27 พฤษภาคม 2565

**รอบที่ 2 (โควตาเขตบริการสุขภาพ)**

ภาคทฤษฎี วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2565

ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 มิถุนายน – 22 กรกฎาคม 2565

**กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน**

1. **ข้อมูลผู้สมัคร**
   1. นาง/น.ส./นาย .........................................………..…………นามสกุล………………..………………………….……………………………….….………
   2. NAME **(ตัวพิมพ์ใหญ่)**..……………………………………………SURNAME **(ตัวพิมพ์ใหญ่)**......................................................................
   3. วัน เดือน ปี เกิด.................................................................................
   4. อายุ .................ปี
   5. เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).........................................................................................................................................................
   6. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..........................................................…………….………………………………………….…………..…….......
   7. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล..........................................................................................................................................................
2. **วุฒิการศึกษา**

🞏ปริญญาตรี สาขา.................................................................................................................................................................................

🞏ปริญญาโท / เอก สาขา........................................................................................................................................................................

**สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน**

ชื่อโรงพยาบาล...........................................................................................................เขตพื้นที่บริการที่.....................................................

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(นับตั้งแต่วันสำเร็จการศึกษา)..................ปี................เดือน

ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.…………...……………………..……………………………………ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยงานปัจจุบัน..................ปี

ตำแหน่ง...........................................................................................ระดับ..................................................................................................

ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)……..………………………………..…………………………………………………..………………………………………..…....................

…………………………………………………………………………………………….………………………………........................................................................

โทรศัพท์มือถือ.......................................ID LINE……………….………………………………..........โทรศัพท์ที่ทำงาน..............................……….…

โทรสาร …………....………………………………………..................

E-mail ………………………………………………………………..…..

**ออกใบเสร็จในนาม** ..............................................................................................................................................................

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง**

ลงชื่อผู้สมัคร.…………………………………………...............…

(….…………………………..………………………...)

วันที่………..เดือน…..……………….พ.ศ…............

**🞏 ได้รับการอนุมัติจากต้นสังกัดในการเข้าอบรมครั้งนี้**

ลงชื่อ....................................................................

(....................................................................)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล/รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

วันที่...............เดือน...........................พ.ศ.................