

**ใบสมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง**

**สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ” รุ่นที่ 11 ปีงบประมาณ 2566**

**สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี**

**ภาคทฤษฎี วันที่ 15 พฤษภาคม – 7 กรกฎาคม 2566**

**ภาคปฏิบัติ วันที่ 10 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม 2566**

**กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน**

1. **ข้อมูลผู้สมัคร**
   1. นาง/น.ส./นาย ชื่อ...........................................................นามสกุล………………..……………..………………………….…
   2. NAME **(ตัวพิมพ์ใหญ่)**..……………………………………………SURNAME **(ตัวพิมพ์ใหญ่)**.........................................
   3. วัน เดือน ปี เกิด.................................................................................
   4. อายุ .................ปี
   5. เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก)............................................................วันหมดอายุ.............................................
   6. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ........................................................วันหมดอายุ.............................................
   7. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.............................................................................................................................
   8. ผ่านการอบรม ACLS Provider Course 🞎 เคยอบรม 🞎 ไม่เคยอบรม (ในกรณีผ่านการอบรมมาแล้วให้แนบสำเนาใบประกาศนียบัตร)
2. **วุฒิการศึกษา**

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

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

**สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน**

ชื่อโรงพยาบาล..........................................................🞎 ภาครัฐบาล 🞎 ภาคเอกชน เขตพื้นที่บริการที่...............

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

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

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

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

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

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

E-mail ………………………………………………………………..…..

**ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม** (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)

............................................................................................................................................................................................

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง**

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

(….…………………………..………………………...)

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