



ใบสมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรม “การพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด” รุ่นที่ 26 – 27 ปีงบประมาณ 2568
สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

รอบที่ 1 รุ่นที่ 26 (ผู้สมัคร)

ภาคทฤษฎี วันที่ 3 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2568

ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 เมษายน – 30 พฤษภาคม 2568

รอบที่ 2 รุ่นที่ 27 (โควตาเขตบริการสุขภาพ)

ภาคทฤษฎี วันที่ 8 เมษายน – 6 มิถุนายน 2568

ภาคปฏิบัติ วันที่ 9 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม 2568

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

1. ข้อมูลผู้สมัคร

1.1 นาง/น.ส./นาย ชื่อ.....นามสกุล.....

1.2 NAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....SURNAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....

1.3 วัน เดือน ปี เกิด.....

1.4 อายุปี

1.5 เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).....วันหมดอายุ.....

1.6 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพวันหมดอายุ.....

1.7 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

1.8 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 (ที่ทำงาน).....

ที่อยู่ (ปัจจุบัน).....

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

E-mail

ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....

กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....

โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....

ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย.....

ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล ณ หน่วยงานเป็นเวลาปีเดือน

(นับถึงวันสุดท้ายของการเปิดฝีกอบรม)

ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน			
2. การปฏิบัติตามระเบียบวินัย			
3. เจตคติต่อวิชาชีพ			
4. มนุษย์สัมพันธ์			
5. สุขภาพ			
6. ความประพฤติ			

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



หนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....
ผู้สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้าพเจ้าขอรับรองต่อ ประธานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ที่จัดฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ หน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้
นาง/นางสาว/นาย..... เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรฯ กับ สถาบันโรคทรวงอก
โดยไม่มีถือเป็นการลา หรือขาดการปฏิบัติงาน

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. หากผู้มีสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบตามที่หลักสูตรฯกำหนด โดยไม่แจ้งเหตุจำเป็น
สุจริตวิสัยอย่างเป็นทางการต่อผู้จัดอบรม ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมครั้งต่อไป และจะมีหนังสือ
แจ้งรายงานต่อผู้มีอำนาจอนุมัติต่อไป