



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

โครงการ “การฝึกอบรมการตรวจสวนหัวใจสำหรับพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก”

รุ่นที่ 1 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2568

รุ่นที่ 2 วันที่ 2 มิถุนายน – 29 สิงหาคม 2568

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

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.....

2. วุฒิกการศึกษา

- ปริญญาตรี สาขา.....
- ปริญญาโท / เอก สาขา.....

3. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

- ชื่อโรงพยาบาล..... ภาครัฐบาล ภาคเอกชน เขตพื้นที่บริการที่.....
- ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(นับตั้งแต่วันสำเร็จการศึกษา).....ปี.....เดือน
- ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี
- ตำแหน่ง.....ระดับ.....
- ที่อยู่ (ที่ทำงาน).....
- ที่อยู่ (ปัจจุบัน).....
- โทรศัพท์มือถือ..... ID LINE..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
- E-mail

4. สมัครฝึกอบรม โปรดระบุ รุ่นที่ 1 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568 – 30 เมษายน 2568

รุ่นที่ 2 วันที่ 2 มิถุนายน 2568 – 29 สิงหาคม 2568

5. ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้รับการอนุมัติจากต้นสังกัดในการเข้าอบรมครั้งนี้

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....