



## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (Sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก  
ระหว่างวันที่ 2 – 30 มิถุนายน 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 อายุ .....ปี  
1.5 เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).....วันหมดอายุ.....  
1.6 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....วันหมดอายุ.....  
1.7 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

#### 2. วุฒิการศึกษา

- 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. ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

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

ได้รับการอนุมัติจากต้นสังกัดในการเข้าอบรมครั้งนี้

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