



แบบฟอร์มสมัครสอบเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย

วันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - ๕ เมษายน ๒๕๖๑



ชื่อภาษาไทย (นาย/นาง/นางสาว)(ภาษาอังกฤษ).....
เลขที่บัตรประชาชน เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (๑๐ หลัก)
สำเร็จพยาบาลวิชาชีพจากหลักสูตร
จากสถาบัน..... พ.ศ.....
สถานที่ทำงาน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....โทรสาร.....
มือถือE-mail:

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

- 1. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ/ ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
2. สำเนาปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
3. สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (Transcript)
4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ
5. ใบรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)
6. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป
7. สำเนาการโอนเงินค่าสมัครสอบ จำนวน ๕๐๐ บาท (ไม่รวมค่าโอน)

โปรดส่งใบสมัครภายในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐



Table with 4 columns: Part 1 for application review, Part 2 for applicant details, and two columns for photo attachments (1 inch each). Includes fields for name, address, and signature.