แบบฟอร์มสมัครสอบเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

รุ่นที่ ๕ วันที่ ๖ มิถุนายน – ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺ ☺

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงและครบถ้วน

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ-นามสกุล ภาษาไทย (นาย/นาง/นางสาว) .....

ภาษาอังกฤษ.....เลขที่บัตรประชาชน .....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (๑๐ หลัก) .....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

สำเร็จพยาบาลวิชาชีพจากหลักสูตร .....

จากสถาบัน.....ปีที่จบ พ.ศ. .....

สถานที่ทำงาน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มือถือ .....E-mail: .....

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

☐ ๑. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ/ ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

☐ ๒. สำเนาปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)

☐ ๓. สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (Transcript)

☐ ๔. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ

☐ ๕. ใบรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

☐ ๖. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป

☐ ๗. สำเนาการโอนเงินค่าสมัครสอบ จำนวน ๕๐๐ บาท (ไม่รวมค่าโอน)

โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานการสมัคร ภายในวันที่ **๒๔ เมษายน ๒๕๖๘**

✂----------