



แบบฟอร์มสมัครสอบเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

หลักสูตร ๖ เดือน รุ่นที่ ๑

วันที่ ๖ มิถุนายน – ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๙



กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงและครบถ้วน

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 ๒๓ เมษายน ๒๕๖๙

