

ลำดับที่.....
(สำหรับเจ้าหน้าที่)



ใบสมัครเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น)

วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2569 ถึงวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2569

-
- ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) นางสาวสุเบญจา บวรพรเกษม
(ภาษาอังกฤษ ตัวบรรจง) Miss Subenjar Bawonpornkasem
 - เกิดวันที่...10 มีนาคม 2522.....อายุ.....46.....ปี
 - ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่...120/179.....หมู่ที่...4...ซอย.....ถนน... ตำบล.บางเมือง...อำเภอ.เมือง...จังหวัด.
สมุทรปราการ.....รหัสไปรษณีย์.....10270.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์(มือถือ).....081 363 4142..... โทรสาร....
.....e-mail...subenjarr@gmail.com...ID Line...kanun6.....
 - สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่นๆ...
 - วุฒิการศึกษา (สูงสุด).....พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....ปีที่สำเร็จการศึกษา.....2544..... สถานศึกษา.....วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
กรุงเทพ.
 - ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.... สถานที่ทำงาน...รพ.สมุทรปราการ แผนก/หน่วย/หอผู้ป่วย.... สังกัด (กอง, กรม,
กระทรวง).....โรงพยาบาลสมุทรปราการ โทรศัพท์.....02-173-8361-5.....
ระยะเวลาการทำงาน (พ.ศ. - พ.ศ.).....1 เมษายน 2545 - 30 กันยายน 2568.....รวมเวลาทำงาน.....23.....ปี.....5.....เดือน
สถานที่ตั้งของหน่วยงาน เลขที่...71..หมู่ที่.....ซอย.....ถนน จักรพา ตำบล.ท้ายบ้าน.....อำเภอ.เมืองจังหวัด สมุทรปราการ รหัส
ไปรษณีย์.....10270โทรศัพท์.021738361-5.....โทรสาร.....-
 - บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ เลขที่...3110400854132...หมดอายุวันที่.....27 เมษายน 2575.....
 - ใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 เลขที่.....4511172712..... หมดอายุวันที่ .28 กรกฎาคม 2570.....
 - เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล...93290.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....4511172712.....
 - เหตุผลที่ต้องการเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรนี้
เพื่อพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนทักษะในการดูแลตรวจรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นได้อย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
 - ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วย (กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ใน ☐ หน้ารายการที่แนบ)
☐ สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ
☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ใบ
☐ สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 (ที่ไม่หมดอายุ)
☐ สำเนาใบสมาชิกสภาการพยาบาล จำนวน 1 ใบ
☐ สำเนาใบปริญญา (วุฒิการศึกษาสูงสุด)
☐ รูปถ่ายสีหน้าตรงไม่สวมหมวก จำนวน 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป (สำหรับติดใบสมัคร) ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน
☐ หนังสืออนุมัติลาศึกษาอบรมต่อจากผู้บังคับบัญชา/ต้นสังกัด (กรณีลาศึกษาอบรม)
☐ สำเนาเอกสารอื่นๆ (โปรดระบุ).....
 - ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(นางสาวสุเบญจา บวรพรเกษม)

วันที่.....31.....เดือน...ตุลาคม...พ.ศ....2568...

หมายเหตุ

1. ให้ผู้สมัครเข้ารับการอบรมส่งเอกสารการสมัครพร้อมหลักฐานตามข้อ 11 โดยสแกน QR Code ท้ายเอกสารนี้ เพื่อส่งเอกสารเข้า google drive และส่งหลักฐานการสมัครมาทางไปรษณีย์ (ถือวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ) มาที่ สาขาภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน (หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป) วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอมะเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000

2. ถ้ามีผู้สมัครศึกษาอบรมไม่ถึง 30 ท่าน คณะฯ จะขอเลื่อนการเปิดการศึกษาอบรมออกไปตามความเหมาะสม



QR code การอบรม