**ใบสมัครเข้ารับการอบรม “หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**

**สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ” ปีงบประมาณ 2564 รุ่นที่ 10**

**สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี**

**กำหนดการอบรม วันที่ 24 พฤษภาคม – 10 กันยายน 2564**

**กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน**

1. **ข้อมูลผู้สมัคร**
	1. นาง/น.ส./นาย .........................................………..…………นามสกุล.....................………………………………….….………
	2. NAME **(ตัวพิมพ์ใหญ่)**..……………………………………………SURNAME **(ตัวพิมพ์ใหญ่)**...........................................
	3. วัน เดือน ปี เกิด.............................................................
	4. อายุ .................ปี
	5. เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก)..............................................................................................................................
	6. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ...............................…………….……………………………………………………..……........
	7. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล...............................................................................................................................
2. **วุฒิการศึกษา**

 🞏ปริญญาตรี สาขา....................................................................................................................................................

 🞏ปริญญาโท / เอก สาขา...........................................................................................................................................

1. **สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน**

ชื่อโรงพยาบาล...............................................................................................................................................................

ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.……….……………………..…………………………………………………………………..……………...

ตำแหน่ง.................................................................................ระดับ...............................................................................

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(นับตั้งแต่วันสำเร็จการศึกษา).........ปี.........เดือน

ที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)……..……………………………………………………………..………………………………………..…..................

…………………………………………………………………………………………….………………………………............................................

โทรศัพท์มือถือ........................................โทรศัพท์ที่ทำงาน..................................……………

โทรสาร …………....……………………………………….................

E-mail ………………………………………………………………..…..

**ออกใบเสร็จในนาม** ..............................................................................................................................................................

 **ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง**

 ลงชื่อผู้สมัคร….…………………………………………...............…

 (….…………………………..………………………...)

 วันที่………..เดือน…..……………….พ.ศ…............

**🞏 ได้รับการอนุมัติจากต้นสังกัดในการเข้าอบรมครั้งนี้**

 ลงชื่อ....................................................................

 (....................................................................)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล/รองผู้อำนวยการภารกิจด้านการพยาบาล

 วันที่...............เดือน...........................พ.ศ...........................

**หมายเหตุ: พิมพ์ใบสมัครเท่านั้น**