



หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....

กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....

โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....

ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย.....

ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล ณ หน่วยงานเป็นเวลาปีเดือน

(นับถึงวันสุดท้ายของการเปิดฝึกอบรม)

ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน			
2. การปฏิบัติตามระเบียบวินัย			
3. เจตคติต่อวิชาชีพ			
4. มนุษย์สัมพันธ์			
5. สุขภาพ			
6. ความประพฤติ			

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



หนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....

ผู้สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้าพเจ้าขอรับรองต่อ ประธานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่จัดฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ หน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้

นาง/นางสาว/นาย..... เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรฯ กับ สถาบันโรคทรวงอก โดยไม่ถือเป็นการลา หรือขาดการปฏิบัติงาน

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด / หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. หากผู้มีสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบตามที่หลักสูตรฯกำหนด โดยไม่แจ้งเหตุ จำเป็นสุดวิสัยอย่างเป็นทางการต่อผู้จัดอบรม ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมครั้งต่อไป และจะมีหนังสือแจ้งรายงานต่อผู้มีอำนาจอนุมัติต่อไป