



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 19

รูป 1 นิ้ว

ข้อมูลส่วนตัว (ประวัติ)

1. คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ยศ (ระบุ).....
ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาไทย).....
ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาอังกฤษ).....
2. วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี
3. เลขประจำตัวประชาชน.....
4. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
5. สถานภาพการสมรส โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย
6. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
E-mail.....โทรสาร.....

7. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	สถานศึกษา	สาขาวิชาเอก	วุฒิการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	คะแนนเฉลี่ย	เกียรตินิยมอันดับที่
อนุปริญญา						
ปริญญาตรี						
ปริญญาโท						

8. สถานการณ์ทำงานปัจจุบัน ทำงาน ไม่ทำงาน

9. ประเภทของหน่วยงาน ราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน ธุรกิจส่วนตัว (ระบุ).....

10. ตำแหน่งงาน.....
สถานที่ทำงาน.....
ที่ตั้ง.....
.....
.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
รวมเวลาทำงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี

