



รูปถ่ายขนาด

๑ นิ้ว

## แบบฟอร์มการสมัครเข้ารับการอบรม

## หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ ๕

## ข้อมูลส่วนตัว ๑ (ประวัติ)(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

๑. คำนำหน้าชื่อ  นาย  นาง  นางสาว  ยศ (ระบุ).....  
 ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาไทย) .....  
 ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาอังกฤษ) .....
๒. วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี ..... เดือน
๓. เลขประจำตัวประชาชน.....
๔. สถานภาพการสมรส  โสด  สมรส  หย่าร้าง/หม้าย
๕. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....ซอย.....ถนน.....  
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....E-mail.....โทรสาร.....
๖. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	สถานศึกษา	สาขาวิชาเอก	วุฒิการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	คะแนนเฉลี่ย
อนุปริญญา					
ปริญญาตรี					
ปริญญาโท (ถ้ามี)					

๗. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....วันที่หมดอายุ.....
๘. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์.....วันที่หมดอายุ.....
๙. ประเภทของหน่วยงาน  ราชการ  รัฐวิสาหกิจ  เอกชน  ธุรกิจส่วนตัว (ระบุ) .....
๑๐. สถานที่ทำงานในปัจจุบัน.....  
 ที่ตั้ง.....  
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....รวมเวลาทำงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี
๑๑. ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (สามารถเพิ่มเติมในกระดาษ A๔)

ชื่อหน่วยงาน	หออผู้ป่วย	ตำแหน่ง	ระยะเวลา

**ข้อมูลส่วนที่ ๒**

**อธิบายลักษณะงานปัจจุบันที่ท่านปฏิบัติ โดยสังเขป**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ข้อมูลส่วนที่ ๓**

**เป้าหมายที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิดในครั้งนี**

.....  
.....  
.....  
.....

**คำรับรองของผู้สมัคร**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศีกษาอบรมจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

( )

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

มีคุณสมบัติ.....

และยินดีให้ผู้สมัครลาศึกษาอบรมในหลักสูตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด  
รุ่นที่ ๕ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราชตามระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองและความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น  
สำหรับผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ ๕  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

๑. ชื่อผู้อบรม (นาย/นาง/นางสาว/ยศ).....สกุล.....  
ตำแหน่งปัจจุบัน .....  
สังกัดหน่วยงาน/แผนก/ตึก.....  
โรงพยาบาล .....

๒. ชื่อ-สกุล ผู้บังคับบัญชาระดับต้น.....สกุล.....  
ตำแหน่ง .....สถานที่ทำงาน.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓.ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

๓.๑ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น/การสื่อสาร

.....  
.....  
.....

๓.๒ ความสามารถในการปฏิบัติงาน

.....  
.....  
.....

๓.๓ ความสามารถในการศึกษาค้นคว้า/การใช้เทคโนโลยี

.....  
.....  
.....

๓.๔ ความรับผิดชอบ และวินัยในตนเอง

.....  
.....  
.....

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา .....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....