



ติครูปถ่าย 1 นิ้ว
ให้เรียบร้อย

ใบสมัครอบรม

การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รุ่นที่ 17
(ระหว่างวันที่ 3 กรกฎาคม - 15 ธันวาคม 2566)

ข้อมูลผู้สมัคร

- ชื่อ - สกุล ภาษาไทย.....(ชื่อ - สกุลเดิม) ถ้ามี.....
ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ.....
 - เพศ วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี
 - สถานภาพ โสด สมรส อื่นๆ.....
 - ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....E mail:
 - บัตรประชาชนเลขที่.....หมดอายุวันที่.....
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลเลขที่.....หมดอายุวันที่.....
ใบสมาชิกสภาการพยาบาลเลขที่.....หมดอายุวันที่.....
 - ชื่อ - สกุล ผู้ใกล้ชิดที่ท่าน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
เบอร์โทรศัพท์.....
 - ปัจจุบันทำงานตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงานในปัจจุบัน.....
เบอร์โทรศัพท์.....E mail:
- 7.ประวัติการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล (เรียงลำดับปีพศ.ที่จบ)

ช่วงระยะเวลาศึกษา (พ.ศ.)	สาขาที่ศึกษา	สถาบัน	รวมระยะเวลาการศึกษา (ปี)

8. ประวัติการปฏิบัติงาน (เรียงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาจนถึงปัจจุบัน)

ช่วงระยะเวลาปฏิบัติงาน (พ.ศ.)	ตำแหน่ง	ประเภทผู้ป่วยที่ดูแล	โรงพยาบาล	รวมระยะเวลา (ปี)

9. เหตุผลที่ต้องการเข้าอบรมหลักสูตรนี้.....

10. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ
และเมื่อข้าพเจ้าได้รับการศึกษาอบรม จะปฏิบัติตามถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ลงนามผู้สมัคร.....

()

วันที่.....



แบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพสำหรับผู้เข้าฝึกอบรม
การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) นาย / นาง / นางสาวอายุ.....ปี

โรคประจำตัว

ไม่มี

มี คือ.....

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์ แพทย์หญิง.....นามสกุล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกายของ นาย / นาง / นางสาว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวไม่ปรากฏอาการของโรคต่อไปนี้

1. วัณโรคระยะอันตราย
2. Influenza (ได้รับวัคซีนป้องกันแล้ว)
3. Hepatitis B virus (ได้รับวัคซีนป้องกันแล้ว)

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

เขียนที่.....

วันที่.....

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ชื่อ - นามสกุล (ผู้บังคับบัญชา)ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....

ขอรับรองว่า ชื่อ - สกุล (ผู้สมัคร)ตำแหน่ง.....
เป็นผู้ได้รับอนุมัติให้สมัครเพื่อเข้าฝึกอบรมหลักสูตร.....

ตามหลักสูตรของ หน่วยไตและไตเทียม งานการพยาบาลอายุรกรรม๒ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล ศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความจำเป็นของผู้สมัครที่เข้าฝึกอบรมครั้งนี้.....

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาที่มีสิทธิ์อนุมัติให้สมัครสอบและลาฝึกอบรมได้