

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ (รุ่นที่ ๕)
ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔
ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง

- ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
- วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ.....
จังหวัด..... อายุราชการ.....ปี
- ตำแหน่งปัจจุบัน.....
- สถานที่ทำงาน.....
แผนก.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....อีเมล.....
- วุฒิการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า
คุณวุฒิ.....ปีที่จบการศึกษา.....
- เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาตฯ.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

- ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
- หลักสูตรอยู่ระหว่างการต่ออายุการรับรองจากสภาการพยาบาล

ส่งรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป พร้อมใบสมัคร (ถ่ายชุดขาวข้าราชการ หรือชุดพยาบาล)

กรุณาส่งใบสมัครที่ นางสาวต้นติมา ดั่งโยธา

ศูนย์ฝึกอบรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

โทรศัพท์ ๐ ๗๗๙๑ ๖๕๘๕ - ๗ โทรสาร ๐ ๗๗๓๑ ๑๘๔๔

ท่านมีความประสงค์จองห้องพักของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|------|----------|-------|----------|
| <input type="checkbox"/> | ไม่จอง | <input type="checkbox"/> | จอง | โปรดระบุ | | |
| <input type="checkbox"/> | ต้องการจองที่พัก | ห้องพัสดุ | ราคา | เดือนละ | ๒,๔๐๐ | บาท / คน |
| <input type="checkbox"/> | ต้องการจองห้องพัก | ห้องแอร์ | ราคา | เดือนละ | ๔,๕๐๐ | บาท / คน |