**ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ (รุ่นที่ ๖)**

**ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖**

**ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี**

**กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง**

๑. ชื่อ – สกุล (นาย/นาง/นางสาว)..................................................................................................................................................

๒. วัน เดือน ปีเกิด.............................................อายุ.........ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.............................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..............หมู่ที่..........ตำบล/แขวง........................................ อำเภอ...............................................................

จังหวัด........................................................................ อายุราชการ..............ปี

๓. ตำแหน่งปัจจุบัน...........................................................................................................................................................................

๔. สถานที่ทำงาน..............................................................................................................................................................................

แผนก............................................................................................................................................................................................

ที่อยู่..............................................................................................................................................................................................

โทรศัพท์.................................................................มือถือ...........................................อีเมล์...........................................................

๕. วุฒิการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า

คุณวุฒิ...............................................................................................................................ปีที่จบการศึกษา................................

๖. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.......................................................เลขที่ใบอนุญาตฯ...................................................................

(ลงชื่อ)................................................................ผู้สมัคร

(.....................................................................)

(ลงชื่อ)..................................................................ผู้รับรอง

(.........................................................................)

**ตำแหน่ง**............................................................................................

**หมายเหตุ** - ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป

- หลักสูตรอยู่ระหว่างการต่ออายุการรับรองจากสภาการพยาบาล

**ส่งรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป พร้อมใบสมัคร (ถ่ายชุดขาวข้าราชการ หรือชุดพยาบาล)**

**กรุณาส่งใบสมัครที่** นางสาวตันติมา ด้วงโยธา

ศูนย์ฝึกอบรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

**โทรศัพท์ ๐ ๗๗๙๑ ๖๕๘๕ – ๖ โทรสาร ๐ ๗๗๓๑ ๑๘๔๔**

**ท่านมีความประสงค์จองห้องพักของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**

❒ ไม่จอง ❒ จอง โปรดระบุ

❒ ต้องการจองที่พัก ห้องพัดลม ราคา เดือนละ ๒,๔๐๐ บาท / คน

❒ ต้องการจองห้องพัก ห้องแอร์ ราคา เดือนละ ๔,๕๐๐ บาท / คน