

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (รุ่นที่ ๑๙)
ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
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.....อีเมลล์.....
- วุฒิการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า
คุณวุฒิ.....ปีที่จบการศึกษา.....
- เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาตฯ.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
ส่งรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป พร้อมใบสมัคร (ถ่ายชุดขาวข้าราชการ หรือชุดพยาบาล)

กรุณาส่งใบสมัครที่ นางสาวต้นติมา ดั่งโยธา
ศูนย์ฝึกอบรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐
โทรศัพท์ ๐ ๗๗๙๑ ๖๕๘๕ - ๖ โทรสาร ๐ ๗๗๓๑ ๑๘๔๔

ท่านมีความประสงค์จองห้องพักของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- ไม่จอง จอง โปรดระบุ
- ต้องการจองที่พัก ห้องพัสดุ ราคา เดือนละ ๒,๔๐๐ บาท / คน
- ต้องการจองห้องพัก ห้องแอร์ ราคา เดือนละ ๔,๕๐๐ บาท / คน