





จำนวนที่ .....

รูปถ่าย 1 นิ้ว  
2 รูป

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

\*\*\*\*\*

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก)..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

วัน/เดือน/ปีเกิด .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

เขตสุขภาพที่ ..... จังหวัด .....

E-mail : .....

สถานที่ทำงาน .....

โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ประสบการณ์การทำงาน ..... ปี หน่วยงาน .....

วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : [nursetraining.ncl@gmail.com](mailto:nursetraining.ncl@gmail.com)

- ใบสมัครอบรม/รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน \*รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดพยาบาลขาวเท่านั้น\*
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ
- สำเนารายงานผลการเรียน
- สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

\*\*กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน  
เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม  
\*\*โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ...../...../.....