****

รูปถ่าย

ขนาด 2x3

ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

**ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง**

**สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น**

**ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 30 พฤศจิกายน 2561**

**ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**คำชี้แจง :** โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเองในการรับการพิจารณาคัดเลือก

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) (กรุณาเขียนตัวบรรจง)...................................................(ชื่อเดิม ถ้ามี)..............................................

นามสกุล...........................................(นามสกุลเดิม ถ้ามี).................................วัน เดือน ปีเกิด.................................**อายุ**..........ปี

ตำแหน่งปัจจุบัน............................................................................................................................................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่...........................หมู่ที่................หมู่บ้าน........................................ตรอก/ซอย...............................................

ถนน......................................ตำบล...........................................อำเภอ.....................................จังหวัด..........................................

รหัสไปรษณีย์..............................................โทรศัพท์บ้าน.................................................โทรสาร................................................

โทรศัพท์มือถือ..................................................................E-mail Address : …………………………………………………………………….

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน...................................................................เลขที่..............หมู่..............ตรอก/ซอย.............................

ถนน......................................ตำบล...........................................อำเภอ.....................................จังหวัด..........................................

รหัสไปรษณีย์..............................................โทรศัพท์ที่ทำงาน...........................................โทรสาร................................................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ..............................................................เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล......................................

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)......................................................................................................................................

2.ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)

คุณวุฒิ ปี พ.ศ.ที่จบ ชื่อสถานศึกษา

2.1................................................................................... ........................ ........................................................ 2.2................................................................................... ........................ ........................................................ 2.3................................................................................... ........................ ........................................................ 2.4................................................................................... ........................ ........................................................ 2.5................................................................................... ........................ ........................................................

3. ประวัติการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต (ภายใน 5 ปี)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| อันดับ | ชื่อโครงการ | วัน เดือน ปีที่อบรม | สถานที่จัดอบรม |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

4. ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| อันดับ | ตำแหน่ง | สถานที่ปฏิบัติงาน | พ.ศ. |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

-2-

5. ความสามารถพิเศษ...................................................................................................................................................................

6. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิต หรือรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นเวลา....................ปี

7. เหตุผลหรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม

7.1 ................................................................................................................................................................................

7.2 ................................................................................................................................................................................

7.3 ................................................................................................................................................................................

7.4 ................................................................................................................................................................................

7.5 ................................................................................................................................................................................

8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

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

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

วันที่ .................เดือน..............................พ.ศ...............

9. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว......................................................นามสกุล......................................ตำแหน่ง....................................

อนุมัติให้ นาย/นาง/นางสาว....................................................นามสกุล......................................ตำแหน่ง....................................

มาเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 30 พฤศจิกายน 2561 ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เหตุผลและความจำเป็นของหน่วยงานที่ส่งบุคคลเข้าอบรม...........................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

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

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

ตำแหน่ง ......................................................................

วันที่ .................เดือน..............................พ.ศ...............

**เอกสารประกอบการสมัคร**

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)