

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ ๗
ระหว่างวันที่ ๕ สิงหาคม - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๑. ชื่อ - สกุล

ภาษาไทย (นางสาว, นาง, นาย, อื่นๆ โปรดระบุ)

ภาษาอังกฤษ (Miss, Mrs, Mr)

เกิดวันที่..... เดือน พ.ศ..... อายุ ปี อายุราชการ..... ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ตำแหน่งปัจจุบัน..... อัตราเงินเดือน..... บาท

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

๒. สถานที่ติดต่อได้

๒.๑ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (บ้าน)..... (มือถือ).....

๒.๒ สถานที่ทำงาน เลขที่ ถนน.....

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... E-Mail..... ID.Line.....

๓. วุฒิการศึกษาสูงสุด

คุณวุฒิ..... ปีที่จบ..... สถานศึกษา.....

๔. ประสบการณ์การศึกษาอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช

มี (โปรดระบุ)..... ไม่มี

หลักสูตร..... ระยะเวลา..... หน่วยงานที่จัด.....

หลักสูตร..... ระยะเวลา..... หน่วยงานที่จัด.....

๕. ค่าลงทะเบียน

ต้นสังกัดสนับสนุน ทุนส่วนตัว รับทุนกรมสุขภาพจิต อื่นๆระบุ.....

๖. รูปถ่ายหน้าตรง สวมชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ไม่สวมชุดครุยของสถาบันใดๆ ขนาด ๑ นิ้ว

จำนวน ๔ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ส่งทางไปรษณีย์พร้อมกับใบสมัครเข้ารับการอบรม

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้ากลุ่มงานขึ้นไป)

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

อนุญาตให้.....

ตำแหน่ง.....

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ ๗
ได้

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ที่ นายนิมิต แก้วอาจโทร. ๐๘๑ - ๘๗๑ - ๑๖๖๗
กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชยาเสพติดกลุ่มภารกิจการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
๑๖๙ หมู่ ๔ ถนนชาติตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐