

ติดรูปถ่าย

ขนาด 1 นิ้ว

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง**

**ใบสมัคร**

**หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ 10**

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ)...................................................................................................................

Name-Surname (Mr./Mrs./Miss./other)...................................................................................................................

1. วัน-เดือน-ปี เกิด....................................................................อายุ.................................ปี ชื่อเล่น..................................

ศาสนา....................................... เชื้อชาติ.............................. สถานะ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) อื่นๆระบุ............................

1. เลขประจำตัวประชาชน..................................................................................................................................................

เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ……………………….......………..……เลขบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล…………...….........…….

1. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่ติดต่อได้สะดวก)..................................................แขวง/ตำบล.................................................................

เขต/อำเภอ..........................................จังหวัด....................................................รหัสไปรษณีย์.......................................

โทรศัพท์(มือถือ)............................................................ E-mail...………………………………………….……………………...........

1. สถานที่ทำงาน............................................................................กลุ่มงาน/แผนก.............................................................. ที่อยู่............................แขวง/ตำบล..................................เขต/อำเภอ..............................จังหวัด..............................รหัสไปรษณีย์..................... โทรศัพท์....................................ตำแหน่งปัจจุบัน......................................................ประสบการณ์การทำงาน........................ปี
2. วุฒิการศึกษาสูงสุด...........................................................................................................................................................

สถาบันการศึกษา............................................................................................................ปีที่จบ........................................

 คำรับรองของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ...................................................................ผู้สมัคร

 (…………………………..…..……..….…………….)

 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

 (หน่วยงานภูมิภาค : ผู้บังคับบัญชาระดับกอง หรือเทียบเท่า

 สำหรับโรงพยาบาลหรือสถาบันของกรมต่าง ๆ : อธิบดี หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้อำนวยการสถาบัน)

 ผู้บังคับบัญชา ข้าพเจ้า.....................................................................ตำแหน่ง.................................................................

เป็นผู้บังคับบัญชาของ ...................................................................................................................................................

 ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร และได้กันเงินงบประมาณ ไว้เป็นค่าใช้จ่ายตลอดในการฝึกอบรมแล้ว

ลงชื่อ..........................................................ผู้บังคับบัญชา

 (…………………….……..…………………….)

 วัน..........เดือน....................พ.ศ...........

**หลักฐานประกอบการสมัคร**

1. ใบสมัครตามแบบของวิทยาลัยฯ

2. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน สำหรับติดในใบสมัคร

3. สำเนาปริญญาบัตร

4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ที่ไม่หมดอายุ

5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

6. เอกสารอื่น (ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี)

ส่งเอกสารทั้งหมด โดยสแกนไฟล์เป็น PDF มายัง **E-Mail : bcnt.enp@gmail.com**