



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
ใบสมัคร

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ 10

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
Name-Surname (Mr./Mrs./Miss./other).....
2. วัน-เดือน-ปี เกิด.....อายุ.....ปี ชื่อเล่น.....
ศาสนา..... เชื้อชาติ..... สถานะ () โสด () สมรส () อื่นๆระบุ.....
3. เลขประจำตัวประชาชน.....
เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่ติดต่อได้สะดวก).....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์(มือถือ)..... E-mail.....
5. สถานที่ทำงาน.....กลุ่มงาน/แผนก.....
ที่อยู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประสบการณ์การทำงาน.....ปี
6. 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 และได้กั้นเงินงบประมาณ 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**