



หนังสือรับรองการเจ็บประสพการณ์การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 40 ชั่วโมง  
(กรณีผู้สมัครไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต)

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ 6  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ข้าพเจ้า (ผู้รับรอง) นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....  
จังหวัด.....สังกัดกรม.....  
กระทรวง.....เกี่ยวข้องกับเป็นผู้บังคับบัญชาของ  
(ผู้สมัคร) นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....  
จังหวัด.....สังกัด.....  
กระทรวง.....  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า(ผู้สมัคร) นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....  
ได้เจ็บประสพการณ์การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 40 ชั่วโมง โดยปฏิบัติงานในหน่วยงาน/  
แผนก.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงนาม).....  
(.....)  
วันที่.....  
(ประทับตราหน่วยงานผู้ออกหนังสือ)

หมายเหตุ : ผู้รับรอง คือ ผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน เช่น คณบดีหัวหน้าฝ่ายฯ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ  
หัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นต้น