



รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว
ถ่ายไม่เกิน
6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข (60 ชม.) รุ่นที่ 4

ระหว่างวันที่ 13 มิถุนายน ถึงวันที่ 4 กรกฎาคม 2568

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

คำชี้แจง: โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด

- ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) (ชื่อเดิม ถ้ามี).....
นามสกุล..... (นามสกุลเดิม ถ้ามี).....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุปี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (รพ./หอผู้ป่วย)เลขที่.....
หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล / สภาการสาธารณสุข
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก).....
ชื่อหัวหน้าแผนก (ผู้บังคับบัญชาลำดับที่ 1).....โทรศัพท์มือถือ.....
- ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน
เลขที่..... หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address
- ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)
คุณวุฒิ ปี พ.ศ. ที่จบ ชื่อสถานที่ศึกษา
- ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)
4.1 ตำแหน่ง..... หอผู้ป่วย..... พ.ศ.....ถึงพ.ศ.....
4.2 ตำแหน่ง..... หอผู้ป่วย..... พ.ศ.....ถึงพ.ศ.....
- ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม
5.1
5.2
5.3
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....