



หนังสือรับรองการเก็บประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 40 ชั่วโมง

(กรณีผู้สมัครไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต)

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ 5

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ข้าพเจ้า (ผู้รับรอง) นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ตำแหน่งสถานที่ทำงาน.....

จังหวัด.....สังกัดกรม.....

กระทรวง.....เกี่ยวข้องกับผู้บังคับบัญชาของ

(ผู้สมัคร) นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

จังหวัด.....สังกัด.....

กระทรวง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า(ผู้สมัคร) นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

ได้เก็บประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 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