



ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ  
รุ่นที่ ๒ ปีการศึกษา ๒๕๖๖  
ระหว่างวันที่ ๙ สิงหาคม - ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

รูปถ่าย  
๑ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ .....นามสกุล.....  
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศ .....นามสกุล.....  
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
อายุ..... ปี..... เดือน (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน.....  
สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า / แยก ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....  
หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....  
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....  
E-mail.....  
เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  
สถานที่ทำงานปัจจุบัน..... หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....  
โรงพยาบาล/สถาบัน.....  
เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่ทำงาน
- ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด.....  
ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....  
ที่ทำงาน..... เบอร์โทรศัพท์.....  
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....

๒. ประวัติการศึกษา

๒.๑ การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ	สาขา	เกรดเฉลี่ย	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จ

๒.๒ การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่นๆ

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ	สาขา	เกรดเฉลี่ย	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จ

๓. ประวัติการปฏิบัติงาน (ย้อนหลัง ๓ ปี)

ตำแหน่ง/ระดับ และระยะเวลา (ปี พ.ศ.)	ลักษณะงาน/หน้าที่รับผิดชอบ	หอผู้ป่วย/หน่วยงาน/ที่อยู่ /โทรศัพท์

๔. ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน

- ( ) รับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ
- ( ) รับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๕. เป้าหมาย / ความคาดหวังของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖. การวางแผน / การพัฒนางานภายหลังการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**๗. คำรับรองของผู้สมัคร**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ \_\_\_\_\_ ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้น  
ทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับ  
ของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช  
ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทุกประการ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

**๘. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ \_\_\_\_\_  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ \_\_\_\_\_  
ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรร่วมกันระหว่าง รพ.สมเด็จพระ  
สังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

## หนังสือรับรองและความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปีการศึกษา ๒๕๖๖

๑. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/น.ส./ยศ).....นามสกุล.....

๒. สาขาที่จะศึกษาอบรม.....วันที่.....ถึงวันที่.....

๓. ชื่อ -นามสกุล ผู้รับรอง.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

๓.๑ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....

.....

.....

๓.๒ ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น/การตัดสินใจ/การแก้ปัญหา.....

.....

.....

๓.๓ ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....

.....

.....

๓.๔ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....

.....

.....

๓.๕ ความสามารถพิเศษอื่นๆ.....

.....

.....

๔. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....