



ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
รุ่นที่ ๓ ปีการศึกษา ๒๕๖๗
ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน ถึงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

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 ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ 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.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี ปีการศึกษา ๒๕๖๗

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา _____
(_____)
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หนังสือรับรองและความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปีการศึกษา ๒๕๖๗

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 _____