



รูปถ่าย  
ขนาด 2x3  
ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาผดุงครรภ์: การผดุงครรภ์ความเสี่ยงสูงรุ่นที่ 3  
ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม - 17 พฤศจิกายน 2560  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

\*\*\*\*\*

- ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)(กรุณาเขียนตัวบรรจง).....(ชื่อเดิม ถ้ามี).....  
นามสกุล.....(นามสกุลเดิม ถ้ามี).....  
ตำแหน่ง.....ตำแหน่งทางการบริหาร.....  
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก).....
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....  
E-mail Address.....
- สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....  
เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....
- ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)  

คุณวุฒิ	ปี พ.ศ.ที่จบ	ชื่อสถานศึกษา
4.1.....	.....	.....
4.2.....	.....	.....
4.3.....	.....	.....
4.4.....	.....	.....
4.5.....	.....	.....
- ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)  

5.1 ตำแหน่ง.....	หอผู้ป่วย.....	พ.ศ. ....
5.2 ตำแหน่ง.....	หอผู้ป่วย.....	พ.ศ. ....
5.3 ตำแหน่ง.....	หอผู้ป่วย.....	พ.ศ. ....
- ความสามารถพิเศษ.....
- ทักษะคอมพิวเตอร์ ( ) word ( ) excel ( ) power point ( ) อื่นๆ (ระบุ) .....
- โรคประจำตัว ( ) ไม่มี ( ) มี (ระบุ) .....
- สถานที่พักระหว่างการอบรม  
( ) พักในหอพักนักศึกษา  
( ) หาที่พักเอง

## 10. ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม

- 10.1.....  
 10.2.....  
 10.3.....  
 10.4.....  
 10.5.....

11. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมโครงการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

(ลงชื่อ).....(ผู้สมัคร)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

## 12. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

อนุมัติให้ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

เข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง รุ่นที่ 3 ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม – 17 พฤศจิกายน 2560 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เหตุผลความจำเป็นของหน่วยงานที่ส่งบุคคลเข้ารับการอบรม.....

.....  
 .....

(ลงชื่อ).....(ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

## 13. การส่งใบสมัคร

ส่งใบสมัคร และสำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าธรรมเนียมการสมัคร 200 บาท เขียนชื่อ- นามสกุล ของผู้โอนเงินให้ชัดเจน (โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ธนาคารกรุงไทย สาขาเซ็นทรัลพลาซ่า ขอนแก่น เลขที่บัญชี 981-5-16800-2) ส่งถึง อาจารย์นวลละออง ทองโคตร งานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ 354 หมู่ 2 ถนนเลียงเมือง ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

**หมายเหตุ:** การชำระเงินค่าลงทะเบียน

หลังจากทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น แจ้งผลการพิจารณาให้ท่านเข้ารับการอบรมเรียบร้อยแล้ว ขอให้ท่านดำเนินการชำระค่าลงทะเบียน คนละ 40,000 บาท โดยเลือกชำระเงินได้ 2 ช่องทาง คือ

ชำระเงินสด พร้อมแนบใบตอบรับเข้ารับการอบรม ได้ที่งานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (ในวันลงทะเบียน)

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ธนาคารกรุงไทย สาขาเซ็นทรัลพลาซ่า ขอนแก่น เลขที่บัญชี 981-5-16800-2

พร้อมส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงิน เขียนชื่อ- นามสกุล ของผู้โอนเงินให้ชัดเจน พร้อมใบตอบรับเข้ารับการอบรม ส่งถึง อาจารย์นวลละออง ทองโคตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ 354 หมู่ 2 ถนนเลียงเมือง ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 โทรสาร 043-423212 สำหรับใบเสร็จจัดติดต่อบริการในวันลงทะเบียน

**หมายเหตุ:** เอกสารประกอบการสมัคร ที่ต้องส่งมาพร้อมใบสมัคร ประกอบด้วย

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี)