



ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด รุ่นที่ 9 พ.ศ. 2562  
ระหว่างวันที่ 7 พฤษภาคม - 25 สิงหาคม 2562 (16 สัปดาห์)  
โรงพยาบาลราชวิถี ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ติดรูปถ่าย  
1 นิ้ว

### 1. ข้อมูลผู้สมัคร

- ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว (ภาษาไทย).....ชื่อเดิม (ถ้ามี).....  
นามสกุล(ภาษาไทย).....นามสกุลเดิม (ถ้ามี).....  
ชื่อ-นามสกุล (Mr/Mrs/Ms (ภาษาอังกฤษ).....
- สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
- เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี  
จังหวัดที่เกิด.....
- สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่
- เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).....

### 2. ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (บ้าน).....  
โทรศัพท์เคลื่อนที่.....E-Mail.....

### 3. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

โรงพยาบาล.....  
ที่อยู่.....  
ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....  
ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี.....เดือน.....  
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....  
เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

## 4.ประวัติการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

ปีพ.ศ.ที่จบ	วุฒิการศึกษา	ชื่อสถานที่ศึกษา

## 5.ประวัติการอบรมระยะสั้น (ระยะเวลา 4 เดือน)

ปีพ.ศ.ที่จบ	วุฒิการศึกษา	ชื่อสถานที่ศึกษา

## 6.ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)

6.1 ตำแหน่ง.....หอผู้ป่วย.....

โรงพยาบาล..... พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....

6.2 ตำแหน่ง.....หอผู้ป่วย.....

โรงพยาบาล..... พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....

6.3 ตำแหน่ง.....หอผู้ป่วย.....

โรงพยาบาล..... พ.ศ.....ถึง พ.ศ.....

## 7.ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องการเข้ารับการอบรม

.....

.....

.....

.....

## 8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....