

หนังสือรับรองและความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
สำหรับผู้สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด รุ่นที่ 9
โรงพยาบาลราชวิถี

1. ชื่อผู้สมัคร.....ตำแหน่ง.....

2. ชื่อ-สกุลผู้รับรอง.....

ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

3. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น/การสื่อสาร

.....
.....

3.2 ความสามารถในการเรียนรู้

.....
.....

3.3 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

.....
.....

3.4 ความสามารถพิเศษอื่น ๆ

.....
.....

3.5 ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้ารับการศึกษอบรมครั้งนี้

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....