**หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร**

**การอบรมหลักสูตรระยะสั้น (๑๐ วัน)
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**

ข้าพเจ้า………………………………………………………………………ตำแหน่ง……………………………………………………………

หน่วยงาน…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย………………………………………………………………………………………………………………

 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตั้งแต่วันที่ …………เดือน ……………………….พ.ศ…………ถึงวันที่……………………

เดือน…………………….พ.ศ………………..

 ยินดีอนุมัติให้นาง/นางสาว/นาย………………………………………………………….มาอบรมหลักสูตรระยะ

สั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งทีได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างวันที่ …………เดือน ……………….พ.ศ……………...

ถึงวันที่………………….เดือน…………………………………..พ.ศ………………………………………………………………….……….

 ลงชื่อ…………………………………………………

 (………………………………………..)

 ตำแหน่ง…………………………………………….

 วันที่…………../………………………./………….

**หมายเหตุ –** ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร