

เอกสารยืนยันการศึกษาข้อมูลหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
และแสดงเจตจำนงเข้ารับการอบรมในโครงการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม
(หลักสูตร ๔ เดือน) รุ่นที่ ๒๑ ประจำปี ๒๕๖๔

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

สังกัด.....

ขอยืนยันว่าได้ศึกษาข้อมูลรายละเอียดของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม
(หลักสูตร ๔ เดือน) ประจำปี ๒๕๖๔ และหลักเกณฑ์ตามที่หลักสูตรได้ผ่านการอนุมัติจากสภาการพยาบาล

ข้าพเจ้าขอยืนยันเข้ารับการอบรม ในสาขา.....

ในโครงการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม (หลักสูตร ๔ เดือน) ประจำปี ๒๕๖๔
และยินดีปฏิบัติตามระเบียบ ข้อกำหนดในโครงการอบรมฯ ทุกประการ ทั้งนี้ โดยผ่านความเห็นชอบของ
ผู้บังคับบัญชาในระดับต้น

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้ารับการอบรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.