

หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร

หลักสูตรระยะสั้น (1 เดือน)

สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์มือถือ เบอร์โทรศัพท์หน่วยงาน.....

ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....

มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานดูแล

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตั้งแต่วันที่เดือนพ.ศ.....ถึงวันที่.....

เดือน.....พ.ศ.....

ยินดียินยอมให้นาง/นางสาว/นาย.....เข้าอบรมหลักสูตรระยะสั้น

สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างวันที่เดือนพ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ – ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร