

ศูนย์ฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารแสดงเจตจำนงยืนยันเข้ารับการอบรม

ในโครงการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม

(หลักสูตร 4 เดือน) รุ่นที่ 23 ประจำปี พ.ศ. 2567

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ลำดับที่.....

สังกัด..... สาขาที่เข้าอบรม.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail address .....

ขอยืนยันว่าได้ศึกษาข้อมูลเนื้อหาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม ฉบับย่อ และ

- ขอยืนยันเข้ารับการอบรมในโครงการฯ ดังกล่าว
- รับทราบข้อมูลการปฏิบัติงาน ณ แหล่งฝึก (เฉพาะสาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ/ประสาทและสมอง ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อกำหนด ในการเข้ารับการอบรม ทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยืนยันเข้ารับการอบรม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้บังคับบัญชาระดับต้น

เบอร์โทรศัพท์ผู้บังคับบัญชาระดับต้น.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ ยืนยันเข้ารับการอบรม ชำระเงินลงทะเบียน ระหว่างวันที่ 1 – 20 ธันวาคม 2566 (ภายในเวลา 12.00 น.)

ติดต่อประสานงาน อาจารย์ประจำหลักสูตร อาจารย์พวงเพชร ปานเถื่อน Tel. 089-155-6344