



ใบสมัคร

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ 6
ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม – 31 ธันวาคม 2563
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

1. ชื่อ-สกุล.....
2. เกิดวันที่..... อายุ.....ปี.....เดือน.....
3. เลขประจำตัวประชาชน.....
4. วันที่บรรจुरาชการ..... อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....
5. ตำแหน่งทางการบริหาร.....
ตำแหน่งทางวิชาชีพ.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์.....
E-mail
- เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
เลขบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล.....
6. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ที่อยู่.....
7. ระดับการศึกษา.....
.....
.....

คำรับรองของผู้สมัครเข้ารับการอบรม
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
(หน่วยงานภูมิภาค : ผู้บังคับบัญชาระดับกอง หรือเทียบเท่า
สำหรับโรงพยาบาลหรือสถาบันของกรมต่าง ๆ : อธิบดี หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้อำนวยการสถาบัน)

ผู้บังคับบัญชา ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
เป็นผู้บังคับบัญชาของ

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรม
ตลอดระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร และได้กั้นเงินงบประมาณ
ไว้เป็นค่าใช้จ่ายตลอดในการฝึกอบรมแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
วัน.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ

กรุณาแนบเอกสารพร้อมใบสมัคร

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
3. สำเนาบัตรประชาชน
4. สำเนาทะเบียนบ้าน
5. ใบเปลี่ยนชื่อ(ถ้ามี)
6. สำเนาใบแสดงวุฒิการศึกษา
7. หลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร 200 บาท

วิธีชำระเงิน ผ่านธนาคารกรุงไทย บัญชีกระแสรายวัน

ชื่อบัญชี ค่าลงทะเบียนเรียนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ธนาคารกรุงไทย สาขาตรัง
เลขที่บัญชี 903-6-05842-2

และส่งเอกสารกลับมายัง E-mail : bcnt.academic@gmail.com

ภายในวันที่ 30 สิงหาคม 2563

ขอบคุณค่ะ