

ลำดับที่.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)



รูปถ่าย
(ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

ใบสมัครเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

- รุ่นที่ 26 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2560
 รุ่นที่ 27 วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึง วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

- ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว
(ภาษาอังกฤษ ตัวบรรจง) Mr./Mrs./Ms.
ตำแหน่งทางทหาร - ตำรวจ (ภาษาอังกฤษ).....
- เกิดวันที่ อายุ ปี
- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์ (มือถือ).....
โทรสาร e-mail
- สถานภาพสมรส โสด สมรส อื่นๆ
- วุฒิการศึกษา (สูงสุด) ปีที่สำเร็จการศึกษา
สถานศึกษา
- ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง
สถานที่ทำงานแผนก/หน่วย/หอผู้ป่วย
สังกัด (กอง,กรม,กระทรวง)..... โทรศัพท์
ระยะเวลาการทำงาน (พ.ศ.-พ.ศ.)..... รวมเวลาทำงานปี เดือน
สถานที่ตั้งของหน่วยงาน เลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร
- บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ เลขที่ หมุดอายุวันที่
- ใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 เลขที่.....
หมุดอายุวันที่
- สมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่

10. เหตุผลที่ต้องการเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรนี้

.....

.....

.....

.....

11. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วย (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ใน ○ หน้ารายการที่แนบ)

- สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ จำนวน 2 ใบ
- สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ใบ
- สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 (ที่ไม่หมดอายุ)
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (วุฒิการศึกษาสูงสุด)
- รูปถ่ายสีหน้าตรงไม่สวมหมวก จำนวน 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (รวมติดใบสมัคร) ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน (ตามแบบฟอร์ม NP.SWU 001) อนุญาตให้นำมาส่งในวันสอบสัมภาษณ์ (รายงานตัวสอบสัมภาษณ์) **หากไม่นำส่งตพิจารณาการสอบสัมภาษณ์**
- หนังสืออนุมัติลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชา/ต้นสังกัด (กรณีลาศึกษา) อนุญาตให้นำมาส่งในวันสอบสัมภาษณ์ (รายงานตัวสอบสัมภาษณ์)
- สำเนาเอกสารอื่นๆ (โปรดระบุ)

12. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้สมัคร
(.....)
วันที่ เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ

1. กรณีส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ผู้สมัครต้องส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียนด่วน (ถือวันประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ)
มาที่ งานบริการการศึกษา (หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง) คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 63 หมู่ 7 ตำบลอ้อมเกร็ด อำเภอรามอินทรา จังหวัดนครนายก 26120
2. ถ้ามีผู้สมัครศึกษาอบรม ไม่ถึง 50 ท่าน คณะฯ จะขอเลื่อนการเปิดการศึกษาอบรมออกไปตามความเหมาะสม

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เบอร์ติดต่อ 02-649-5000 ต่อ 21800,21821 เบอร์มือถือ 089-922-2549

โทรสาร 037-395108 หรือ 02-649-5000 ต่อ 21823

เว็บไซต์ <http://nurse.swu.ac.th>

สามารถสำเนาใบสมัครเพิ่มเติมได้