



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ 1

รูป 1 นี้

ข้อมูลส่วนตัว 1 (ประวัติ)

1. คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ยศ (ระบุ).....
ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาไทย).....
ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาอังกฤษ).....
2. วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี
3. เลขประจำตัวประชาชน.....
4. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
5. สถานภาพการสมรส โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย
6. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
E-mail.....โทรสาร.....

7. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	สถานศึกษา	สาขาวิชาเอก	วุฒิการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	คะแนนเฉลี่ย	เกียรติคุณ นิตย อันดับที่
อนุปริญญา						
ปริญญาตรี						
ปริญญาโท						

8. สถานการณ์ทำงานปัจจุบัน ทำงาน ไม่ทำงาน

9. ประเภทของหน่วยงาน ราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน ธุรกิจส่วนตัว (ระบุ).....

10. ตำแหน่งงาน.....
สถานที่ทำงาน.....
ที่ตั้ง.....
.....
.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
รวมเวลาทำงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี

