



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ 2

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	ปีสำเร็จการศึกษา	คะแนนเฉลี่ย	เกียรตินิยมอันดับที่
อนุปริญญา						
ปริญญาตรี						
ปริญญาโท						

- 8.1 สถานการณ์ทำงานปัจจุบัน ทำงาน ไม่ทำงาน
- 8.2 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ปี พ.ศ.....
สถาบันที่จบ.....

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

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

