



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธราช  
ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ 3

รูป 1 นิ้ว

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

| ระดับ<br>การศึกษา | สถานศึกษา | สาขาวิชาเอก | วุฒิการศึกษา | ปีที่สำเร็จ<br>การศึกษา | คะแนน<br>เฉลี่ย | เกียรตินิยม<br>อันดับที่ |
|-------------------|-----------|-------------|--------------|-------------------------|-----------------|--------------------------|
| อนุปริญญา         |           |             |              |                         |                 |                          |
| ปริญญาตรี         |           |             |              |                         |                 |                          |
| ปริญญาโท          |           |             |              |                         |                 |                          |

8. สถานการณ์ทำงานปัจจุบัน ☐ ทำงาน ☐ ไม่ทำงาน

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

10. ตำแหน่งงาน.....  
สถานที่ทำงาน.....  
ที่ตั้ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

รวมเวลาทำงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี

[illegible]





การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ 3  
ระหว่างวันที่ 2 มีนาคม – 10 เมษายน 2563 (6 สัปดาห์)  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

คุณสมบัติผู้สมัคร

1. รับสมัครจำนวน 60 คน
2. พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
3. มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนการสมัคร

**\*\*กรุณาส่งใบสมัคร ก่อนวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2563**

1. สมัครด้วยตนเอง ที่กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ ห้อง 1207 อาคารเรียน 1 ชั้น 2  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
2. ทางไปรษณีย์ (EMS)  
กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ (สมัครอบรม FNP 3)  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช  
90/6 ถ.ศรีธรรมไตรปิฎก อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000
3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จะพิจารณาผู้สมัครเข้ารับการอบรมจากข้อมูลการสมัคร  
และจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม ทางเว็บไซต์วิทยาลัยพยาบาลฯ (<http://www.bcnb.ac.th>)  
ภายในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

ค่าลงทะเบียน คนละ 15,000 บาท (ชำระได้ตั้งแต่วันที่ 21-28 กุมภาพันธ์ 2563)

เอกสารประกอบการสมัครเข้ารับการอบรม

- |                                                                               |             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ                                                 | จำนวน 1 ชุด |
| 2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล                                                | จำนวน 1 ชุด |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน                                                   | จำนวน 1 ชุด |
| 4. สำเนาวุฒิการศึกษา (ปริญญาบัตร)                                             | จำนวน 1 ชุด |
| 5. สำเนาประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง<br>สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป | จำนวน 1 ชุด |
| 6. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)                                  | จำนวน 1 ชุด |

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ (ในวันและเวลาราชการ)

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ ห้อง 1207 อาคารเรียน 1 ชั้น 2  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช  
โทรศัพท์ 055-252-546-8 ต่อ 1207  
มือถือกลุ่มงาน 088-259-6684  
ผู้รับผิดชอบโครงการ อ.จันทร์จิรา อินจัน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
มือถือ 08-1348-4347 LINE ID: janjirainjeen