

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
สำหรับผู้สมัครหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 20
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

1. ชื่อผู้สมัคร

ตำแหน่ง

2. ชื่อ-สกุลผู้บังคับบัญชาระดับต้น.....

ตำแหน่ง เบอร์โทรศัพท์.....

หน่วยงาน.....

E-mail

3. คำรับรอง และความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

3.1 ความสามารถในการปฏิบัติงาน สุขภาพร่างกาย และจิตใจ

.....
.....
.....
.....

3.2 ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้ารับการศึกษาดูอบรมครั้งนี้

.....
.....
.....
.....

ขอรับรองว่าผู้สมัครมีคุณสมบัติทางการปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจครบถ้วน
อนุญาตให้อบรม

ผู้สมัครมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน ยังไม่เหมาะสมกับการเข้าอบรมในครั้งนี้

ลงชื่อผู้บังคับบัญชาระดับต้น
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.