



เลขที่.....

รูปถ่ายขนาด

๑ นิ้ว

แบบฟอร์มการสมัครเข้ารับการศึกษา
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๐ รุ่นที่ ๒

ข้อมูลส่วนตัว ๑ (ประวัติ)(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

๑. คำนำหน้าชื่อ นาย นาง นางสาว ยศ (ระบุ).....
ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาไทย)
ชื่อ-ชื่อสกุล (ภาษาอังกฤษ)
๒. วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี เดือน
๓. เลขประจำตัวประชาชน.....
๔. สถานภาพการสมรส โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย
๕. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....E-mail.....โทรสาร.....
๖. ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	สถานศึกษา	สาขาวิชาเอก	วุฒิการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา	คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร
มัธยมศึกษาปีที่ ๓					
มัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า					
อนุปริญญา					
ปริญญาตรี					

๗. ประเภทของหน่วยงาน

- ราชการ รัฐวิสาหกิจ เอกชน ธุรกิจส่วนตัว (ระบุ)

๘. สถานที่ทำงานในปัจจุบัน.....
ที่ตั้ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....รวมเวลาทำงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี

๙. ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (สามารถเพิ่มเติมในกระดาษ A๔)

ชื่อหน่วยงาน	หอผู้ป่วย	ตำแหน่ง	ระยะเวลา

๑๐. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 อาชีพ..... () ยังมีชีวิตอยู่ () ถึงแก่กรรม
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
๑๑. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 อาชีพ..... () ยังมีชีวิตอยู่ () ถึงแก่กรรม
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 ปัจจุบันอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ข้อมูลส่วนที่ ๒

อธิบายลักษณะงานปัจจุบันที่ท่านปฏิบัติ โดยสังเขป

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อมูลส่วนที่ ๓

เป้าหมายที่เข้ารับการศึกษาลัทธิสุทรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๐ รุ่นที่ ๒ ในครั้งนี้

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

คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....
ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษอบรมจะ
ปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....
()
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....
ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว/ยศ.....
มีคุณสมบัติ.....

และยินดีให้ผู้สมัครลาศึกษาในหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๐ รุ่นที่ ๒
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ตามระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น
สำหรับผู้เข้ารับการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๐ รุ่นที่ ๒
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

๑. ชื่อผู้อบรม (นาย/นาง/นางสาว/ยศ).....สกุล.....

ตำแหน่งปัจจุบัน

สังกัดหน่วยงาน/แผนก/ตึก.....

โรงพยาบาล

๒. ชื่อ-สกุล ผู้บังคับบัญชาระดับต้น.....สกุล.....

ตำแหน่ง

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

๓.๑ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น/การสื่อสาร

.....

.....

.....

๓.๒ ความสามารถในการปฏิบัติงาน

.....

.....

.....

๓.๓ ความสามารถในการศึกษาค้นคว้า/การใช้เทคโนโลยี

.....

.....

.....

๓.๔ ความรับผิดชอบ และวินัยในตนเอง

.....

.....

.....

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....