



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	ปีที่สำเร็จการศึกษา	คะแนนเฉลี่ย	เกียรตินิยมอันดับที่
อนุปริญญา						
ปริญญาตรี						
ปริญญาโท						

8. สถานการณ์ทำงานปัจจุบัน ทำงาน ไม่ทำงาน

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

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



การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ 2
ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 10 พฤษภาคม 2562 (6 สัปดาห์)
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

คุณสมบัติผู้สมัคร	
1. รับสมัครจำนวน 60 คน 2. พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป 3. มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคอันเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและฝึกปฏิบัติ	
ขั้นตอนการสมัคร	
**กรุณาส่งใบสมัคร ก่อนวันที่ 1 มีนาคม 2562 1. <u>สมัครด้วยตนเอง</u> ที่กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ ห้อง 1207 อาคารเรียน 1 ชั้น 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช 2. <u>ทางไปรษณีย์ (EMS)</u> กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ (สมัครอบรม FNP 2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช 90/6 ถ.ศรีธรรมไตรปิฎก อ.เมือง จ.พิษณุโลก 65000 3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จะพิจารณาผู้สมัครเข้ารับการอบรมจากข้อมูลการสมัคร และจะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม ทางเว็บไซต์วิทยาลัยพยาบาลฯ (http://www.bcnb.ac.th) ภายในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562	
ค่าลงทะเบียน คนละ 15,000 บาท (ชำระหลังแจ้งผลการพิจารณาคัดเลือก)	
เอกสารประกอบการสมัครเข้ารับการอบรม	
1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	จำนวน 1 ชุด
2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล	จำนวน 1 ชุด
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน 1 ชุด
4. สำเนาวุฒิการศึกษา (ปริญญาบัตร)	จำนวน 1 ชุด
5. สำเนาประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 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	