



ใบสมัคร

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

- ๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)
(โปรดเขียนตัวบรรจง ในกรณีที่ยังไม่ได้แจ้งเปลี่ยนนามสกุลกับทางสภาการพยาบาล กรุณาวางเล็บนามสกุลเดิมด้วย เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลส่งสภาการพยาบาล)
- ๒. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก
- ๓. ชื่อหน่วยงานที่สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....
- ๔. เบอร์โทรศัพท์มือถือ E-mail
- ๕. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น ๑
- ๖. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล วันหมดอายุของใบอนุญาตฯ
- ๗. ประวัติการศึกษา (เรียงลำดับจากปริญญาตรี ชื่อปริญญา สถาบันการศึกษา ปีที่สำเร็จการศึกษา)

ชื่อปริญญา	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

- ๘. ประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (เรียงลำดับตามช่วงเวลา ก่อน-หลัง)

ชื่อหน่วยงาน	แผนก	ปี พ.ศ. ถึง ปี พ.ศ.

- ๙. หลักฐานประกอบการสมัครเข้าอบรมฯ
 - สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ที่เป็นปัจจุบัน
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (หากชื่อ-นามสกุลไม่ตรงกับบัตรฯ ให้ส่งสำเนาการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วย)
 - รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ ใบ
 - สำเนาผลการศึกษาในระดับปริญญาตรี
 - หนังสือรับรองให้ลาฝึกอบรมฯ กรณีมีต้นสังกัด
- ๑๐. การจ่ายค่าลงทะเบียนตลอดหลักสูตร คนละ ๔๕,๐๐๐ บาท ตั้งแต่วันที่ ๑๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒
 - สมัครด้วยตนเอง (ห้องการเงินชั้น ๑ คณะพยาบาลศาสตร์)
 - ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ พร้อมหลักฐานการโอนเงิน ธ.กรุงไทย สาขาแหลมทองบางแสน ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่บัญชี ๓๘๖-๑-๐๐๔๔๒-๙

ลงนามผู้สมัคร

()

ตำแหน่ง.....



กรุณาส่ง **คุณวาสนา ชิมเทียม (ฝ่ายบริการวิชาการ)**
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑