



**ใบสมัครโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง รุ่นที่ ๓**  
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี**  
**ระยะเวลา ๔ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕**

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) .....  
 (โปรดเขียนตัวบรรจง ในกรณีที่สมรสและยังไม่ได้แจ้งเปลี่ยนนามสกุลกับทางสภาการพยาบาล 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 โดยสมัครตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๒๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกาศรายชื่อผู้เข้ารับการอบรม วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และชำระค่าลงทะเบียน วันที่ ๒๗-๒๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

- 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**