



ใบสมัครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ 10
ระยะเวลาการศึกษา 16 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 30 มีนาคม 2563 – 17 กรกฎาคม 2563)

ภาพถ่าย 1 นิ้ว
หน้าตรง
ไม่สวมแว่น

ชื่อผู้สมัคร*.....นามสกุล*.....อายุ.....ปี*

ตำแหน่ง*.....สังกัด*.....

ประสบการณ์การทำงานทางการพยาบาล*.....ปี.....เดือน สถานภาพสมรส.....

คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด.....

จบการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากสถาบัน.....รุ่นที่.....ปี พ.ศ.

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา.....ปี.....

สถานที่ทำงาน (หอผู้ป่วย/โรงพยาบาล)...../.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....ต่อ.....มือถือ..... E-mail.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ*

หลักฐานการสมัคร

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ติดในใบสมัคร 1 รูป)
- สำเนาใบปริญญาบัตร จำนวน 1 ใบ
- สำเนาผลการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต /ใบ transcript จำนวน 1 ใบ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จำนวน 1 ใบ

หมายเหตุ สำเนาเอกสารให้ลงนามตรวจสอบถูกต้องทุกฉบับ

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติในการสมัครเข้ารับการศึกษาอบรมฯ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ดังนี้

- เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล
- มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอาการหนักและ/หรือวิกฤต ไม่น้อยกว่า 2 ปี
- เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี และได้รับอนุมัติลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชา
- มีสุขภาพสมบูรณ์ไม่เป็นโรคอันจะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและฝึกปฏิบัติ
- ยินดีเข้ารับการศึกษาและยอมรับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ

ความเห็นชอบจากผู้บังคับบัญชา

ยินดีให้สมัครสอบและลาศึกษาต่อได้

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (ระดับ หน.หอผู้ป่วยขึ้นไป)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ส่งใบสมัครที่ แผนกเตรียมการ : 317/6 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑ 10400 หรือ
โทรสาร 02-354-7835