

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ  
พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง): Program of Nurse Practitioner  
in Renal Replacement Therapy (Peritoneal Dialysis)ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐

**ข้อมูลผู้สมัคร**

หมายเลขประจำตัวประชาชน (๑๓ หลัก)

ชื่อ (นาย, นาง, นางสาว,/ยศ)..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด...../...../.....

**ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้**

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน .....

ซอย..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (บ้าน).....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... E-mail.....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... โรงพยาบาล.....

ถนน..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ..... โทรสาร .....

**ตำแหน่งการทำงานปัจจุบัน** .....

**ประวัติการศึกษา**

วุฒิมการศีกษา .....

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา..... พ.ศ.....

วุฒิมการศีกษาสูงสุด .....

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา..... พ.ศ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

เลขที่สภาการพยาบาล.....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

เป้าหมายในการเข้ารับอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ  
พยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง)

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

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร

.....  
(.....)

วันที่.....เดือน.....ปี.....