

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต

(Program of Nursing Specialty in Renal Replacement Therapy Nurse Practitioner)

ประจำปี พ.ศ. 2570

ข้อมูลผู้สมัคร

หมายเลขประจำตัวประชาชน (13 หลัก) -

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

วันเดือนปีเกิด...../...../.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้

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

ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (บ้าน).....

โทรศัพท์เคลื่อนที่ Email.....

สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล.....

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

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ โทรสาร

ตำแหน่งการทำงานปัจจุบัน

ประวัติการศึกษา

วุฒิมัธยมศึกษา

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา..... พ.ศ.....

วุฒิมัธยมศึกษาสูงสุด

สถาบันที่สำเร็จการศึกษา..... พ.ศ.....

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

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

หากท่านปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม/หรือจะปฏิบัติงานไตเทียมหลังสำเร็จการอบรม หน่วยงานของท่านเป็นหน่วย

ไตเทียมชนิดใด (ให้ใช้เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความ)

..... หน่วยไตเทียมในสังกัดโรงพยาบาลรัฐ/รพ.มหาวิทยาลัย

..... หน่วยไตเทียมดำเนินการโดยเอกชนที่อยู่ในโรงพยาบาลรัฐบาล(outsource)

..... หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลเอกชน/หน่วยไตเทียมคลินิกเอกชน

วันที่.....เดือน.....ปี.....