



สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ใบสมัครเข้ารับการศึกษาอบรม  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

เลขที่ .....

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว.....  
      ยศปัจจุบัน (ถ้ามี) .....
2. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr/Mrs/Miss.....  
      ยศปัจจุบัน (เป็นภาษาอังกฤษ).....
3. สัญชาติ..... 4. เชื้อชาติ..... 5. ศาสนา.....
6. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... จังหวัดที่เกิด .....
7. อายุ .....
8.  บัตรประจำตัวประชาชน /  บัตรประจำตัวข้าราชการ เลขที่ .....
- สถานที่ออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
- เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  เลขที่ใบอนุญาต.....
9. ที่อยู่ปัจจุบันหรือที่อยู่ถาวรของท่าน ที่สามารถติดต่อได้ทางไปรษณีย์ เลขที่.....
- ต.รอก/ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
- เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์..... มือถือ..... E-mail.....
10. สถานภาพ       โสด       สมรส       อื่นๆ ระบุ.....
11. ชื่อ-นามสกุลของคู่สมรส (ถ้ามี) นาย/นาง..... อายุ.....ปี
12. เชื้อชาติ..... 13. สัญชาติ..... 14. ศาสนา.....
15. อาชีพ.....
16. ที่อยู่ของคู่สมรส.....  
      .....โทรศัพท์ .....
17. ชื่อ-นามสกุลผู้ใกล้ชิดท่าน..... มีความเกี่ยวข้องกับท่านเป็น.....
18. อาชีพของผู้ใกล้ชิด..... โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....
19. ที่อยู่/ที่ทำงานปัจจุบัน.....

สำหรับเจ้าหน้าที่	เจ้าหน้าที่การเงิน	กรรมการสอบสัมภาษณ์
-------------------	--------------------	--------------------



23. ประวัติการศึกษา

สถาบัน การศึกษา	ชื่อปริญญา/วุฒิอื่นที่ เทียบเท่า (ภาษาไทย)	ชื่อปริญญา/วุฒิอื่นที่ เทียบเท่า (ภาษาอังกฤษ)	วิชาเอก/สาขา	หลักสูตร ปี	ระยะเวลา ที่ศึกษา พ.ศ.-พ.ศ.	คะแนน เฉลี่ย
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

ลงชื่อผู้สมัคร .....

(.....)

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ.....

สำหรับผู้สมัครทางไปรษณีย์

โอนเงินค่าสมัคร เข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์

ชื่อบัญชี หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

เลขที่บัญชี 045-522822-9

ประเภทออมทรัพย์ สาขาภาษาไทย

ค่าสมัคร คนละ 400 บาท

ส่งเอกสารการสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาที่

หน่วยการศึกษาต่อเนื่อง

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

(หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง)

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

เอกสารประกอบการสมัคร

ครบ  ไม่ครบ เอกสารที่ขาดคือ

- ใบสมัครตามแบบของสถาบันการพยาบาลฯ (จท.01)
- หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน (จท.02)
- ใบอนุญาตให้ลาศึกษาอบรม (จท.03)
- สำเนาใบปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร
- สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษา  
ในสาขาการพยาบาล
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรราชการ
- สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล
- รูปถ่าย 1" จำนวน 3 รูป (ติดใบสมัคร 1 รูป ติดบัตรสอบ 2 รูป)
- หลักฐานใบโอนเงินค่าสมัคร

**หนังสือรับรอง**  
**ประสบการณ์การทำงาน**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
 สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....  
 สังกัดกอง.....กรม..... กระทรวง.....  
 ขอรับรองว่า ผู้สมัคร คือ นาย/นาง/นางสาว.....  
 ซึ่งมีความประสงค์จะสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
 สาขา..... ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราฯ  
 เป็นข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง.....แผนก.....  
 กอง.....กรม..... กระทรวง.....  
 มีประสบการณ์การทำงานด้าน.....  
 โดยปฏิบัติงานในหน้าที่.....  
 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน (นับถึงวันรับสมัคร)  
 ความจำเป็นหรือความต้องการของหน่วยงาน.....  
 .....  
 .....

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....

- หมายเหตุ**
- ผู้ลงนามรับรอง ต้องมีฐานะเป็นผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย  
หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าแผนก เป็นต้น
  - ใช้ในการสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราฯ

### ใบอนุญาตให้ลาศึกษาอบรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
 สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....  
 สังกัดกอง.....กรม.....กระทรวง.....  
 ขอรับรองว่า ผู้เข้าอบรม คือ นาย/นาง/นางสาว.....  
 ผู้ซึ่งเป็นข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ ตำแหน่ง.....แผนก.....  
 กอง.....กรม.....กระทรวง.....  
 เป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ประจำปี.....  
 สาขา..... ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราฯ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....

#### หมายเหตุ

- ผู้ลงนามรับรอง คือ ผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน เช่น คณบดี อธิบดี ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นต้น เพื่อขอความเห็นชอบในหลักการ และอนุมัติให้เข้าศึกษาอบรม
- ใช้ในการเข้าศึกษาอบรมของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราฯ

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย  
ข้อมูลผู้สมัครเข้าศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

\*\*\*\*\*

1. ชื่อ – สกุล ..... อายุ ..... ปี
2. สถานที่ทำงาน.....
3. สถานที่ที่ติดต่อได้สะดวกระหว่างศึกษา.....  
..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....  
สถานที่ที่ติดต่อได้สะดวกหลังสำเร็จการศึกษา.....  
..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
4. สาขาที่สมัครสอบ.....
5. ประสบการณ์การทำงาน.....  
.....  
.....  
.....  
.....
6. ประสบการณ์การศึกษาอบรม.....  
.....  
.....  
.....  
.....
7. ลักษณะงานที่ปฏิบัติในปัจจุบัน .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
8. แรงจูงใจที่มาศึกษา .....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. ความคาดหวังและเป้าหมายที่มาศึกษา .....

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


10. คุณสมบัติที่สำคัญของพยาบาลในสาขาที่ท่านสมัครควรเป็นอย่างไร


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

11. โครงการที่จะนำความรู้ไปใช้จากการศึกษาอบรมครั้งนี้

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

\*\* กรุณาติดรูปถ่ายและเขียนชื่อ นามสกุล ให้เรียบร้อย

	<b>สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย</b> <b>บัตรประจำตัวผู้สมัครสอบคัดเลือก</b>
เลขประจำตัวผู้สมัครสอบ.....	ติดรูป 1 นิ้ว
ชื่อ.....	
นามสกุล.....	
วันเดือนปี ที่ออกบัตร.....	

	<b>สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย</b> <b>บัตรประจำตัวผู้สมัครสอบคัดเลือก</b>
เลขประจำตัวผู้สมัครสอบ.....	ติดรูป 1 นิ้ว
ชื่อ.....	
นามสกุล.....	
วันเดือนปี ที่ออกบัตร.....	