

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ ๒๕  
ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

\*\*\*\*\*

๑. ชื่อ - สกุล

ภาษาไทย (นางสาว , นาง , นาย) .....

ภาษาอังกฤษ (Miss , Mrs , Mr) .....

เกิดวันที่..... เดือน .....พ.ศ.....อายุ .....ปี อายุราชการ.....ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....อัตราเงินเดือน..... บาท

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

๒. สถานที่ติดต่อได้

๒.๑ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

๒.๒ สถานที่ทำงาน ..... เลขที่ .....ถนน.....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์ ..... E-Mail .....

๓. วุฒิการศึกษา

คุณวุฒิ .....ปีที่จบ.....สถานศึกษา.....

คุณวุฒิ .....ปีที่จบ.....สถานศึกษา.....

๔. ประสบการณ์การศึกษาอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช

มี

ไม่มี

หลักสูตร.....ระยะเวลา.....หน่วยงานที่จัด.....

หลักสูตร.....ระยะเวลา.....หน่วยงานที่จัด.....

๕. ค่าลงทะเบียน

ต้นสังกัดสนับสนุน  ทุนส่วนตัว  รับทุนกรมสุขภาพจิต  อื่นๆระบุ.....

๖. รูปถ่ายหน้าตรง สวมชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ไม่สวมชุดครุยของสถาบันใดๆ ขนาด ๑ นิ้ว

จำนวน ๓ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ส่งทางไปรษณีย์พร้อมกับใบสมัครเข้ารับการอบรม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....) วันที่.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้ากลุ่มงานขึ้นไป)

ข้าพเจ้า( นาย/นาง/นางสาว ).....ตำแหน่ง.....

อนุญาตให้..... ตำแหน่ง.....

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ ๒๕ ได้

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....) วันที่.....

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ที่ นางเพลิน เสียงไขค้อย กลุ่มภารกิจพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
๑๑๒ ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐  
โทร. ๐ ๒๔๔๒ ๒๕๐๐ ต่อ ๕๙๓๕๓, ๕๙๓๖๒ โทรสาร. ๐ ๒๔๓๙ ๐๘๔๗