**สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**

**ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**

**สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ ๒๙**

**ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖**

,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

**๑. ชื่อ – สกุล**

ภาษาไทย (นางสาว, นาง, นาย, อื่นๆ โปรดระบุ) ...................................................................................

ภาษาอังกฤษ (Miss, Mrs, Mr) ................................................................................................................

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

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

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

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

**๒. สถานที่ติดต่อได้**

๒.๑ บานเลขที่................. หมูที่............. ซอย/ตรอก....................... ถนน........................................

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

รหัสไปรษณีย............................โทรศัพท (บาน)...............................(มือถือ).....................................

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

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

รหัสไปรษณีย.............โทรศัพท......................E-Mail....................................ID.Line........................

**๓. วุฒิการศึกษาสูงสุด**

คุณวุฒิ .........................................................ปีที่จบ.............สถานศึกษา.............................................

**๔. ประสบการณการศึกษาอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช**

**** มี (โปรดระบุ)........................................................................**** ไม่มี

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

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

**๕. ค่าลงทะเบียน**

 ต้นสังกัดสนับสนุน  ทุนส่วนตัว  รับทุนกรมสุขภาพจิต  อื่นๆระบุ............................

**๖. รูปถายหนาตรง** สวมชุดพยาบาลหรือชุดขาราชการ ไมสวมชุดครุยของสถาบันใดๆ ขนาด ๑ นิ้ว

จํานวน ๔ รูป ถายไมเกิน ๖ เดือน สงทางไปรษณียพรอมกับใบสมัครเขารับการอบรม

ลงชื่อ……...........................................ผูสมัคร

(……............................................) วันที่..............................…...

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้ากลุ่มงานขึ้นไป)**

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

อนุญาตให้...................................................................................... ตำแหน่ง..........................................…….

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ ๒๙ ได้

ลงชื่อ.................................................ผู้รับรอง

(..........................................) วันที่............................……..

**หมายเหตุ : หลักสูตรอยู่ระหว่างการต่อหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางจากสภาการพยาบาล**

**ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ ที่ นางเพลิน เสี่ยงโชคอยู่ กลุ่มงานบริหารการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**

**๑๑๒ ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐**

**โทร. ๐ ๒๔๔๒ ๒๕๐๐ ต่อ ๕๙๓๕๓, ๕๙๓๖๒ โทรสาร. ๐ ๒๔๓๙ ๐๘๔๗**