**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**