รูปถ่าย

1 นิ้ว

**ใบสมัครอบรม**

หลักสูตรเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม): Program of Nurse Practitioner in Renal Replacement Therapy ( Hemodialysis) รุ่นที่ 6

ระหว่างวันที่ 2 มีนาคม – 31 สิงหาคม 2558

1. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร ภาษาไทย..………………………………………………………………..………….………

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร ภาษาอังกฤษ...........................................................................................

1. เพศ.......................อายุ......................ปี ตำแหน่ง.............................................................
2. ที่อยู่...................................................................................................................................

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

เบอร์โทรศัพท์..................................E-mail……………………………………………………………..

1. วุฒิการศึกษาพยาบาล…………………………………................................................................

 สถาบันที่สำเร็จการศึกษา……………………..........................................................................

วุฒิการศึกษาสูงสุด...........................................................................................................

 สถาบันที่สำเร็จการศึกษา..................................................................................................

1. เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..........................................................................................

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ...................................................................................................

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล (การศึกษาต่อเนื่อง)..........................................................

1. ชื่อหน่วยงานที่สังกัด………………………………………………………………………………..…………..
2. ที่อยู่ ……………………………………..…………………………….……………………………………..………

……………………………………………………………………………………………………………………………

1. เบอร์โทรศัพท์ ……………………..…………………….................................................................

**เอกสารประกอบการสมัคร**

1. ใบสมัครการเข้าอบรมหลักสูตรที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
2. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน ไม่ต่ำกว่า 2 ปี หนังสือส่งตัวหรือหนังสืออนุมัติจากต้นสังกัด
3. หนังสือรับรองความประพฤติดี มีประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบและได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชา
4. รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว 4 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ชุด
6. สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล (การศึกษาต่อเนื่อง) 1 ชุด

5. สำเนาใบประกอบวิชาชีพพยาบาล 1 ชุด

**แจ้งความจำนง / สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่**

คุณวราพร บุญคุ้ม

หน่วยไตและไตเทียม โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 40002

เบอร์โทรศัพท์ 043- 366914 -16

Email : kidney@kku.ac.th