

ใบสมัครเข้ารับการศึกษาอบรมสถาบันบาราศนราดรุ
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ
รุ่นที่ ๑๑ ระหว่างวันที่ ๕ สิงหาคม ถึง ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ - สกุล (ไทย)

ชื่อ - สกุล (อังกฤษ) อายุ ปี

ประสบการณ์การทำงาน ปี ประสบการณ์การทำงานด้านการควบคุมการติดเชื้อ ปี

สถานที่ทำงาน หน่วยงาน/แผนก

ตำแหน่ง..... ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์ E-mail

เลขที่สมาชิกสภาพยาบาล เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ข้อมูลการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิการศึกษา	สถาบัน	ปี พ.ศ.
ปริญญาเอก			
ปริญญาโท			
ปริญญาตรี			

๑. โปรดระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านโดยสังเขป

.....

.....

.....

.....

๒. ประสบการณ์/ผลงานการปฏิบัติงานด้าน IC

.....

.....

.....

.....

๓. เหตุผลที่ประสงค์จะเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรนี้

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

๔. ก่อนอบรม ท่านคาดหวังต่อหลักสูตรนี้อย่างไร

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

๕. เสนอกิจกรรม/โครงการ เพื่อพัฒนางานด้าน IC

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

ขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....

(.....)

ผู้สมัคร

ลงนาม.....

(.....)

ผู้บังคับบัญชา

ปิดรับสมัคร วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗