

## ใบสมัคร

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รุ่นที่ 3 ประจำปีการศึกษา 2564  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

---

1. ชื่อ ..... นามสกุล .....
2. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
3. ที่อยู่ติดต่อได้ .....
4. สถานภาพ [ ] โสด [ ] สมรส [ ] หย่า [ ] แยก ศาสนา .....
5. จบการศึกษาชั้นปริญญาพยาบาล จาก..... พ.ศ. ....
6. วุฒิการศึกษาสูงสุด/สาขา (ปริญญาโท/เอก) .....
7. สถาบันที่จบ .....
8. สถานที่ทำงาน..... จังหวัด.....
9. เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....  
E-mail address.....
10. ประสบการณ์ในการทำงาน..... ปี
11. ตำแหน่งปัจจุบัน..... แผนก.....
12. ออกใบเสร็จในนาม.....  
ที่อยู่.....
13. ชำระค่าลงทะเบียน 55,000 บาท / คน
14. วิธีการชำระค่าลงทะเบียน โปรดชำระเงินล่วงหน้า ภายในวันที่ **21 มกราคม 2565**  
 โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ออมสิน สาขาท่าศาลา เลขที่ 020256088327  
ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์”

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้สมัคร  
(.....)

---

**หมายเหตุ:** 1.โปรดส่งสำเนาการชำระค่าลงทะเบียนและแบบฟอร์มการลงทะเบียน ไปยัง คุณรัตนกร บุญกลาง

ทางโทรศัพท์ 0-7567-2103 หรือ e-mail : [mchompoo47@gmail.com](mailto:mchompoo47@gmail.com)

2.การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้ว และขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าลงทะเบียน

\*\*\*\*\*

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ : ผศ.ดร.อรเพ็ญ สุชะวัลี โทรศัพท์ 0-91-825-2104 และ

คุณรัตนกร บุญกลาง โทร 0-7567-2101 มือถือ 0-89-441-3317