



ใบสมัคร

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ปีการศึกษา 2565

1. ข้าพเจ้า

[] นางสาว ชื่อ Name (ตัวพิมพ์ใหญ่)
[] นาง
[] นาย นามสกุล Family Name (ตัวพิมพ์ใหญ่)
[]

2. หนังสือแสดงใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

สาขา	[] การพยาบาลและการผดุงครรภ์	[] การพยาบาล
ใบอนุญาตเลขที่	.....	.....
วัน/เดือน/ปี ออกใบอนุญาต	.....	.....
วัน/เดือน/ปี หมดอายุ	.....	.....

3. ประวัติการศึกษา

3.1 ระดับปริญญาตรี

ปี พ.ศ. ที่จบ ชื่อปริญญา ชื่อสถาบัน
..... [] พยาบาลศาสตรบัณฑิต
..... [] ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์
..... []

3.2 ระดับปริญญาโท

ปี พ.ศ. ที่จบ ชื่อปริญญา ชื่อสถาบัน
..... [] พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
..... สาขา
..... []
..... สาขา

3.3 ระดับปริญญาเอก

ปี พ.ศ. ที่จบ ชื่อปริญญา ชื่อสถาบัน
..... [] ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
..... สาขา
..... [] พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

4. การปฏิบัติงาน

ตำแหน่ง	.....
ชื่อหน่วยงาน	.....
แผนก	.....
หอผู้ป่วย	.....
ที่อยู่ของหน่วยงาน	เลขที่ หมู่ที่ ถนน อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน มือถือ E-mail

<p>อัตราค่าลงทะเบียน 40,000 บาท ผู้สมัครโอนเงินทางธนาคาร บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารออมสิน สาขาท่าศาลา เลขที่ 0 2025 6088 32 7 ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิทยาศาสตร์”</p>

หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร

ผู้สมัครแนบมาพร้อมกับใบสมัคร หรือนำมาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์

- [] 1. ใบสมัคร
- [] 2. สำเนาแสดงผลการเรียน (transcript) ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หากสำเร็จการศึกษาสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) ให้แนบสำเนาแสดงผลการเรียนหลักพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) ด้วย
- [] 3. สำเนาใบปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร
- [] 4. สำเนาผลการทดสอบวิชาภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- [] 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- [] 6. สำเนาใบประกอบวิชาชีพฯ (ที่ยังไม่หมดอายุ)
- [] 7. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากหน่วยงาน (ถ้ามี)

วิธีการสมัคร

1. ชำระค่าลงทะเบียน จำนวน 40,000 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) โดย
โอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารออมสิน สาขาอำเภอท่าศาลา
หมายเลขบัญชี 0 2025 6088 32 7
ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิทยาศาสตร์”

2. ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานเอกสารประกอบการสมัครและหลักฐานการโอนเงิน ทางไปรษณีย์ หรือ ติดต่อยื่นเอกสารที่เจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตร

คุณรัตนกร บุญกลาง

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ (อาคารวิชาการ 2)

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เลขที่ 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

3. ท่านสามารถส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานเอกสารประกอบการสมัครและหลักฐานการโอนเงินทาง โทรสาร (หมายเลข) 0-7567-2103 หรือ (E-mail) mchompoo47@gmail.com ถึงคุณรัตนกร บุญกลาง


สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ

1. เจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตร: คุณรัตนกร บุญกลาง สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (โทร.) 075-67-2101 (มือถือ) 089-441-3317
2. ผู้ประสานงานหลักสูตร: พว. จุก สุวรรณโณ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ (มือถือ) 089-295-5568
3. คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการประจำหลักสูตรฯ: อาจารย์ ดร.ชิตชนก มยุรภักดิ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (มือถือ) 086-595-1114

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เจ้าหน้าที่ที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการสมัครและการชำระค่าธรรมเนียมการสมัครตามใบเสร็จรับเงิน	ผลการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัคร โดยคณะกรรมการประจำหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น
เลขที่	[] ผ่านการตรวจคุณสมบัติ [] ไม่ผ่านการตรวจคุณสมบัติ
ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
วันที่..... เดือน พ.ศ.....	วันที่..... เดือน พ.ศ.....
หมายเหตุ	หมายเหตุ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์	
	สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
คำนำหน้า [] นางสาว [] นาง [] นาย []	สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อ	ลงชื่อ
นามสกุล	(.....)
ลงชื่อ	(เจ้าหน้าที่ผู้ออกบัตร)
(.....)	วันที่ เดือน พ.ศ.
(ผู้สมัคร)	วันที่ เดือน พ.ศ.
วันที่ เดือน พ.ศ.	สำหรับมหาวิทยาลัย



มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์	
	สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
คำนำหน้า [] นางสาว [] นาง [] นาย []	สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อ	ลงชื่อ
นามสกุล	(.....)
ลงชื่อ	(เจ้าหน้าที่ผู้ออกบัตร)
(.....)	วันที่ เดือน พ.ศ.
(ผู้สมัคร)	วันที่ เดือน พ.ศ.
วันที่ เดือน พ.ศ.	สำหรับผู้สมัครเก็บไว้แสดงต่อเจ้าหน้าที่เมื่อเข้าสอบ