

ใบสมัคร

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต รุ่นที่ 5 ประจำปี พ.ศ. 2567

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

- *โปรดแนบ 1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จำนวน 1 ใบ
2. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ใบ

1. ชื่อ นามสกุล
2. ชื่อ (เดิมถ้ามี).....นามสกุล (เดิมถ้ามี).....
3. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
4. ที่อยู่ติดต่อได้
-
5. สถานภาพ [] โสด [] สมรส [] หย่า [] แยก ศาสนา
6. จบการศึกษาชั้นปริญญาพยาบาล จาก..... พ.ศ.
7. วุฒิการศึกษาสูงสุด/สาขา (ปริญญาโท/เอก)
8. สถาบันที่จบ
- พ.ศ.
9. สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....
10. เบอร์โทรศัพท์..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
- E-mail address.....
11. ประสบการณ์ในการทำงาน..... ปี
12. ตำแหน่งปัจจุบัน..... แผนก.....
13. ออกใบเสร็จในนาม ชื่อ.....
- ที่อยู่.....
14. ชำระค่าลงทะเบียน 55,000 บาท / คน
15. วิธีการชำระค่าลงทะเบียน โปรดชำระเงินล่วงหน้า ภายในวันที่ 5 มกราคม 2567

- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ออมสิน สาขาท่าศาลา เลขที่ 020256088327
ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์”



กรุณาเข้า line กลุ่มของการอบรม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

หมายเหตุ: 1. โปรดส่งสำเนาการชำระค่าลงทะเบียนและแบบฟอร์มการลงทะเบียน ไปยัง คุณรัตนกร บุญกลาง
e-mail : mchompoo47@gmail.com

2. การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้ว และขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าลงทะเบียน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ : ผศ.ดร.อรเพ็ญ สุชะวัลติ โทรมือถือ 0-91-825-2104 และ

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