

วันที่สมัคร.....

เลขประจำตัวสอบ

--	--	--	--	--	--	--	--

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาอบรม

ติกรูปให้  
เรียบร้อยก่อน  
ยื่นใบสมัคร

รหัสหลักสูตร

--	--	--

ชื่อหลักสูตร.....

ปีการศึกษา 2564

- ชื่อ-สกุล(ตัวบรรจง)นาง/นางสาว/นาย.....  
(ภาษาอังกฤษ ตัวบรรจง) Mrs./Ms./Mr.....  
ตำแหน่งทางทหาร - ตำรวจ(ยศ ภาษาอังกฤษ) .....
- เกิดวันที่ (ภาษาอังกฤษ).....  
อายุ..... ปี จังหวัดที่เกิด.....
- ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์ (มือถือ).....
- สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) แยกกันอยู่
- วุฒิสูงสุดที่ได้รับ .....ปีที่สำเร็จการศึกษา.....  
สถานศึกษา .....
- ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน .....แผนก/หน่วย/หอผู้ป่วย.....  
สังกัด (กอง,กรม,กระทรวง)..... โทรศัพท์.....  
ระยะเวลาการทำงาน (พ.ศ. - พ.ศ.) .....รวมเวลาทำงาน.....ปี.....เดือน  
สถานที่ตั้งของหน่วยงาน เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....  
ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....
- บัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน เลขที่.....หมดอายุวันที่.....
- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล เลขที่.....  
หมดอายุวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
- เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
- E-mail .....

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

11. เหตุผลที่ต้องการเข้าอบรมหลักสูตรนี้ .....

.....

.....

.....

.....

12. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วย (เขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ( ) หน้ารายการที่ได้แนบ)
- ( ) 11.1 สำเนาประกาศนียบัตร หรือปริญญาบัตรตามคุณสมบัติของผู้สมัคร (ใบรับรองคุณวุฒิ ไม่สามารถใช้แทนได้)
- ( ) 11.2 สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
- ( ) 11.3 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล (ที่ไม่หมดอายุ)
- ( ) 11.4 สำเนาใบรับรองแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตร (Transcript)
- ( ) 11.5 รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) ติดใบสมัคร 1 รูป และบัตรประจำตัวสอบ 2 รูปให้เรียบร้อย
- ( ) 11.6 หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน) เฉพาะผู้ที่สังกัดหน่วยงานของรัฐ (SCT.NSP-RAMA 001) อนุญาตให้นำมาส่งให้กับเจ้าหน้าที่ของหลักสูตรในวันที่สอบข้อเขียนได้ ณ ห้อง 405 ชั้น 4 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เวลา 12.00-14.00 น. หากไม่นำส่งงดพิจารณาผลการสอบ
- ( ) 11.7 หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน) (SCT.NSP-RAMA 002) อนุญาตให้นำมาส่งให้กับเจ้าหน้าที่ของหลักสูตรในวันที่สอบข้อเขียนได้ ณ ห้อง 405 ชั้น 4 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เวลา 12.00-14.00 น. หากไม่นำส่งงดพิจารณาผลการสอบ
- ( ) 11.8 ใบรับรองแพทย์ (จากโรงพยาบาลของรัฐบาลหรือเอกชน)
- ( ) 11.9 สำเนาเอกสารอื่นๆ (โปรดระบุ) .....

13. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร      ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)      (.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 2564      วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 2564

(สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร)

หมายเหตุ ผู้สมัครสอบที่แนบหลักฐานประกอบการรับสมัครไม่ครบตามข้อ 11.1-11.8 งดรับพิจารณาและไม่รับสมัครสอบ

**หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบ**  
**(เฉพาะผู้ที่สังกัดหน่วยงานของรัฐ)**

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ทำงาน ..... สังกัด กรม .....

กระทรวง..... จังหวัด .....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร คือ นาง / นางสาว / นาย ..... ตำแหน่ง.....

กอง.....กรม .....กระทรวง .....

เป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้มาสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตร .....

ปีการศึกษา 2564 และหากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้าอบรมจะต้องดำเนินการขออนุมัติลาศึกษาอบรมแบบเต็มเวลาต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงที่มีสิทธิ์อนุมัติให้ลาศึกษาต่อได้ต่อไป

ลงนาม .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 2564

หมายเหตุ - ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาขั้นต้น (หัวหน้าหน่วยงาน) ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาสมัครสอบได้  
อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด, หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

**หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน**

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ. 2564

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัดโรงพยาบาล ..... กรม .....

กระทรวง ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย .....

ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย .....ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล

ณ หน่วยงาน ..... เป็นเวลา..... ปี .....เดือน (นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร

วันที่ 16 เมษายน 2564) ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง ..... ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน .....	.....	.....	.....
2. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย .....	.....	.....	.....
3. เจตคติต่อวิชาชีพ .....	.....	.....	.....
4. มนุษย์สัมพันธ์ .....	.....	.....	.....
5. สุขภาพ .....	.....	.....	.....
6. ความประพฤติ .....	.....	.....	.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาชั้นต้น อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด,หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

**มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม**