

วันที่สมัคร.....

เลขประจำตัวสอบ

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

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบสมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาอบรม

รหัสหลักสูตร

--	--	--

ชื่อหลักสูตร.....

ปีการศึกษา 2560

ติกรูปให้
เรียบร้อยก่อน
ยื่นใบสมัคร

- 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
- วุฒิสูงสุดที่ได้รับปีที่สำเร็จการศึกษา.....
สถานศึกษา
- ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงานแผนก/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

11. เหตุผลที่ต้องการเข้าอบรมหลักสูตรนี้

.....

.....

.....

.....

12. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วย (เขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่อง () หน้ารายการที่ได้แนบ)
- () 11.1 สำเนาประกาศนียบัตร หรือปริญญาบัตรตามคุณสมบัติของผู้สมัคร (ใบรับรองคุณวุฒิ ไม่สามารถชี้แทนได้)
 - () 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. 2560 วันที่ เดือน พ.ศ. 2560

(สำหรับเจ้าหน้าที่รับสมัคร)

หมายเหตุ ผู้สมัครสอบที่แนบหลักฐานประกอบการรับสมัครไม่ครบตามข้อ 11.1-11.8 งดรับพิจารณาและไม่รับสมัครสอบ

หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบ
(เฉพาะผู้ที่สังกัดหน่วยงานของรัฐ)

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สถานที่ทำงานสังกัด กรม

กระทรวง..... จังหวัด

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

กอง.....กรมกระทรวง

เป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้มาสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตร

ปีการศึกษา 2560 และหากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้าอบรมจะต้องดำเนินการขออนุมัติลาศึกษาอบรมแบบเต็ม

เวลาต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงที่มีสิทธิ์อนุมัติให้ลาศึกษาต่อได้ต่อไป

ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ. 2560

หมายเหตุ - ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาชั้นต้น (หัวหน้าหน่วยงาน) ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาสมัครสอบได้

อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด, หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่

วันที่ เดือน.....พ.ศ. 2560

เรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัดโรงพยาบาล กรม

กระทรวง จังหวัด โทรศัพท์

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย

ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นายได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล

ณ หน่วยงาน เป็นเวลา..... ปีเดือน (นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร

วันที่ 30 พฤศจิกายน 2560) ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ

ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาชั้นต้น อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด, หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บัตรประจำตัวสอบ

รหัสหลักสูตร

--	--	--

ชื่อหลักสูตร.....

เลขที่นั่งสอบ

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

ติดรูป
ให้เรียบร้อย

ชื่อ

สถานที่ทำงาน

ลายเซ็นผู้สมัครสอบ

วันที่สอบ วันที่ 18 ธันวาคม 2560 เวลา 9.00-11.30 น.

สถานที่สอบ ณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

(ต้องแสดงบัตรนี้ต่อกรรมการคุมสอบพร้อมบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน จึงจะถือว่าผู้มีสิทธิ์เข้าสอบได้)

โปรดเตรียมดินสอดำตั้งแต่ 2B ขึ้นไป และยางลบดินสอด

กระดาษคำตอบตรวจด้วยคอมพิวเตอร์

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บัตรประจำตัวสอบ

รหัสหลักสูตร

--	--	--

ชื่อหลักสูตร.....

เลขที่นั่งสอบ

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

ติดรูป
ให้เรียบร้อย

ชื่อ

สถานที่ทำงาน

ลายเซ็นผู้สมัครสอบ

วันที่สอบ วันที่ 18 ธันวาคม 2560 เวลา 9.00-11.30 น.

สถานที่สอบ ณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

(ต้องแสดงบัตรนี้ต่อกรรมการคุมสอบพร้อมบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน จึงจะถือว่าผู้มีสิทธิ์เข้าสอบได้)

โปรดเตรียมดินสอดำตั้งแต่ 2B ขึ้นไป และยางลบดินสอด

กระดาษคำตอบตรวจด้วยคอมพิวเตอร์

ผู้สมัครส่งใบสมัคร ซึ่งได้กรอกข้อความที่สมบูรณ์พร้อมหลักฐานประกอบการสมัครและหลักฐานการโอน
ค่าสมัครสอบ จำนวน 600 บาท (หกร้อยบาทถ้วน)

การชำระเงินค่าสมัครสอบ โดยวิธีการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี
ชื่อบัญชี หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง เลขที่บัญชี 026-461002-9

(ไม่อนุญาตให้โอนเงินทาง ATM หากโอนเงินผ่าน ATM จะถือว่าการชำระเงินไม่สมบูรณ์)
และส่งทางไปรษณีย์

นางสาวอัจฉรา เทียนทอง

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ห้อง 405 ชั้น 4

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400



สำหรับปะหน้าซองส่งเอกสารกลับ