



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตรฟื้นฟู ๕ วัน)

วันที่ ๑๙ - ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมชั้น ๘ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

- นาง นางสาว นาย ยศ..... ชื่อ - นามสกุล.....
- ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ พยาบาลวิชาชีพ
ตำแหน่งอื่นๆ
- ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร ๑๐ วัน) และได้รับหนังสือรับรอง
ว่าเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยาเคมีบำบัด จากสภาการพยาบาล เมื่อปี พ.ศ.....
มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลการให้ยาเคมีบำบัด ระยะเวลา ปี
- เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข ๑๐ หลัก) _ _ _ _ _
- เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
- สถานที่ปฏิบัติงาน : เขตสุขภาพที่..... โรงพยาบาล.....
หน่วยที่ปฏิบัติงาน..... เลขที่..... ถนน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ (มือถือ)..... E - Mail
- หลักฐานประกอบการสมัคร
 ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม / คำรับรองการปฏิบัติงาน (ส่วนท้าย)
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (ที่ยังไม่หมดอายุ)

ลงชื่อ..... (ผู้สมัคร)
(.....)

หมายเหตุ : ไม่เก็บค่าลงทะเบียนในการอบรม ผู้อบรมสามารถเบิกค่าเดินทางและค่าที่พักจากต้นสังกัดได้

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล)

ขอรับรองว่า ตำแหน่ง.....

ได้ผ่านหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (หลักสูตร ๑๐ วัน) มาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี

ลงชื่อ

ตำแหน่ง.....

วันที่..... /..... /.....