**ใบสมัคร**

**เพื่อขอรับทุน ฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล**

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ นาย นาง นางสาว .......................................... นามสกุล ................................................

วันเดือนปีเกิด ...................................... อายุ ............. ปี สถานภาพ .....................................

ประวัติการศึกษา

สำเร็จพยาบาลศาสตร์จาก .................................................................................................. พ.ศ. .......................

ใบอนุญาตเลขที่ ........................................วันออกใบอนุญาต ........................... วันหมดอายุ .............................

ประวัติการทำงาน

- ……………………………………………………………………………………………………………………………

- ……………………………………………………………………………………………………………………………

- ……………………………………………………………………………………………………………………………

ที่ทำงานปัจจุบัน ................................................................................................................................................

ภูมิลำเนา ............................................................................................................................................................

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ .......................................................................................................................................

โทรศัพท์มือถือ ............................................... โทรศัพท์ที่ทำงาน ......................................................................