

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล (นาย/ นาง / นางสาว) _____ อายุ _____ ปี

ตำแหน่งปัจจุบัน _____

สถานที่ทำงาน _____ เลขที่ _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน _____ เบอร์มือถือ _____

E-mail _____

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ _____

คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด _____

สถานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุด _____

ลักษณะประสบการณ์การทำงานทางคลินิก _____

อายุการทำงานในสาขาจักษุวิทยา _____ ปี

จำนวนเตียงของโรงพยาบาล _____ เตียง

จำนวนจักษุแพทย์ _____ คน

จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา _____ คน

ต้องการฝึกปฏิบัติหน่วยงานใดมากที่สุดในช่วง Elective โปรดระบุลำดับ 1 - 2 (เลือกได้ 2 อันดับ)

_____ OPD _____ OR _____ WARD

หมายเหตุ การจัดช่วง Elective ใช้เกณฑ์ตามลำดับก่อน-หลัง การสมัคร