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