

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

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

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงาน.....

เลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

เบอร์มือถือ.....

E-mail Address.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด.....

สถานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุด.....

ลักษณะประสบการณ์การทำงานทางคลินิก.....

.....

.....

อายุการทำงานในสาขาจักุวิทยา.....ปี

จำนวนเตียงของโรงพยาบาล.....เตียง

จำนวนจักุแพทย์.....คน

จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา.....คน