

ใบสมัครอบรม

โครงการ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลืองานพยาบาลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ระยะเวลาอบรม ๑๑ วัน)

ข้อมูลผู้สมัคร

๑. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร () นาย/ () นาง / () นางสาว.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (๑๓ หลัก)

เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน

สถานภาพ () โสด () สมรส () หม้าย () หย่าร้าง

วุฒิการศึกษา () ประถม () มัธยม/ปวช. () ปวส./อนุปริญญา () ป.ตรี คณะ

() ป.โท คณะ.....() ป.เอก คณะ.....

ภาวะสุขภาพ () แข็งแรงดี () มีโรคประจำตัว ระบุ

๒. ที่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ผู้สมัครต้องมีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครเท่านั้น***)

บ้านเลขที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน.....แขวง.....เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรบ้าน.....เบอร์โทรมือถือ.....

๓. ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่.....หมู่/หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๔. เหตุผลในการสมัครเข้าร่วมโครงการ () ดูแลตนเองและครอบครัว () ต้องการงานจิตอาสา () อื่นๆ.....

๕. ประเภทของผู้สมัครรับการอบรม () ประชาชน () ข้าราชการ () อสส. () อื่นๆ.....

คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

1. ต้องมีอายุ 18 – 65 ปี ไม่จำกัดเพศ
2. อ่านออก-เขียนได้ สามารถทำรายงานแบบง่ายๆ ได้
3. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้
4. มีจิตอาสาหรือมีผู้ป่วย ผู้สูงอายุอยู่ในการดูแลที่บ้าน
5. มีที่อยู่ปัจจุบันในกรุงเทพมหานคร
6. สามารถรับการอบรมภาคทฤษฎี 8 วัน และฝึกภาคปฏิบัติ จำนวน 3 วัน

เอกสารที่ใช้ในการสมัคร ➤ ใบสมัครอบรม พร้อมแนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ใบ

การอบรมระหว่างเดือน มกราคม – มีนาคม 2567 ในวันเวลาราชการและวันหยุดราชการ (เสาร์อาทิตย์)

(***วันเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลง รอการประสานกลับจากเจ้าหน้าที่เพื่อความถูกต้อง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนั้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร

วันที่รับสมัคร...../...../.....