

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. ประเภทของผู้สมัครเข้ารับการอบรม () ประชาชน () ข้าราชการ () อสส. () อื่นๆ

คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

1. ต้องมีอายุ 18 – 70 ปี ไม่จำกัดเพศ
2. มีจิตอาสาหรือมีผู้ป่วย ผู้สูงอายุอายุเกิน 70 ปี อยู่ในการดูแลที่บ้าน
3. มีที่อยู่ปัจจุบันในกรุงเทพมหานคร
4. สามารถเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี 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 / /