

หนังสือยืนยันสิทธิ์เพื่อเข้ารับการอบรม

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....

กรมกระทรวง.....

จังหวัดโทรศัพท์..... เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าฝึกอบรม

ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์

ขอยืนยันสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าว

ขอสละสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรม เนื่องจาก

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)