**หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน**

เขียนที่...............................................................................

วันที่.............เดือน..............................พ.ศ. ...................

เรียน คณบดีวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี

ข้าพเจ้า.............................................................................................................ตำแหน่ง.....................................................  
สังกัดโรงพยาบาล................................................................. กรม ...................................................................................  
กระทรวง.....................................................................จังหวัด .............................................................โทรศัพท์..................................................

เป็นผู้บังคับัญชาของ นาง/นางสาว/นาย..........................................................................

ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย.............................................................................................. ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล   
ณ หน่วยงาน ..................................................เป็นเวลา ..................ปี .............เดือน .............(นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร วันที่ 15 กรกฎาคม 2566) ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง ...................................................................ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หัวข้อประเมิน** | **ดีมาก** | **ดี** | **พอใช้** |
| 1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน |  |  |  |
| 1. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย |  |  |  |
| 1. เจตคติต่อวิชาชีพ |  |  |  |
| 1. มนุษยสัมพันธ์ |  |  |  |
| 1. สุขภาพ |  |  |  |
| 1. ความประพฤติ |  |  |  |

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.........................................................................

(...................................................................................)

ตำแหน่ง.......................................................

**หมายเหตุ** ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชาขั้นต้น อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

**หนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรม**

ข้าพเจ้า…………………………………………………………………………………………..ตำแหน่ง………………………………………………………………….

หน่วยงาน………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย…………………………………………………………………………….......................

ผู้สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)

ข้าพเจ้าขอรับรองต่อ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ที่จัดฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่อง  
ไตเทียม) หน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้ นาง/นางสาว/นาย..............................................................................  
เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรฯ กับ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ โดยไม่ถือเป็นการลา หรือขาดการปฏิบัติงาน

ลงนาม........................................................................

(...................................................................................)

ตำแหน่ง........................................................

วันที่.............เดือน..............................พ.ศ. .............

**หมายเหตุ**

1. ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชาขั้นต้น (หัวหน้าหน่วยงาน) ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. หากผู้มีสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบตามที่หลักสูตรกำหนด โดยไม่แจ้งเหตุจำเป็นสุดวิสัยอย่างเป็นทางการต่อผู้จัดอบรม ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมครั้งต่อไป และจะมีหนังสือแจ้งรายงานต่อผู้มีอำนาจอนุมัติต่อไป