

หนังสือยืนยันสิทธิ์เพื่อเข้ารับการอบรม

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....

กรม.....กระทรวง.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....

เป็นผู้ผ่านคัดเลือกเข้าฝึกอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) รุ่นที่ ๕ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์

ขอยืนยันสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าว

ขอสละสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรม เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)