

หนังสือยืนยันสิทธิ์เพื่อเข้ารับการอบรม

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....

กรม.....กระทรวง.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....เป็นผู้ผ่านคัดเลือกเข้าฝึกอบรมใน

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์

☐ ขอยืนยันสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าว

☐ ขอสละสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรม เนื่องจาก.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....

(.....)