



4. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/หลักสูตรเพิ่มเติม

| ชื่อหลักสูตร/ใบอนุญาต | จากสถาบัน/หน่วยงาน | ออกให้ ณ<br>วัน/เดือน/ปี | หมดอายุ<br>วัน/เดือน/ปี |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|
|                       |                    |                          |                         |
|                       |                    |                          |                         |
|                       |                    |                          |                         |
|                       |                    |                          |                         |
|                       |                    |                          |                         |

5. มีความรู้ความสามารถพิเศษ

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

6. ผลงานทางวิชาการที่ไม่เกี่ยวกับการสำเร็จการศึกษา (ไม่เกิน ๕ ปีย้อนหลัง)

บทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ  TCI 1,2  อื่นๆ.....  
(กรอกตามรูปแบบบรรณานุกรม)

ชื่อผู้เขียน.....ปีที่พิมพ์.....เดือน.....

ชื่อบทความ.....

ชื่อวารสาร.....ปีที่.....ฉบับที่.....เลขหน้าบทความ.....

บทความเสนอในงานประชุมวิชาการ (Proceeding)  
(กรอกตามรูปแบบบรรณานุกรม)

ชื่อผู้เขียน.....ปีที่จัดงานประชุมวิชาการ.....

ชื่อบทความ.....

ชื่องานประชุมวิชาการ.....

วันที่.....เดือน.....ปี.....เลขหน้าบทความ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตาม  
ผู้สมัครรับการคัดเลือกต้องมีคุณสมบัติทั่วไป ตามระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ ว่าด้วย การจ้าง อัตราค่าจ้าง และ  
ค่าสิทธิประโยชน์ของบุคลากรในสาขาที่ขาดแคลนด้านการพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2565 ประกอบกับข้อบังคับสภาการ  
พยาบาล ว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2563

ลงชื่อ.....ผู้สมัครสอบ

( )

ยื่นใบสมัครวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....