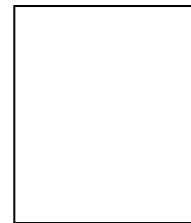


แบบฟอร์มเสนอชื่อเพื่อรับการพิจารณาเป็น  
นักศึกษาพยาบาลดีเด่น ประจำปี 2560  
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



1. ประเภท นักศึกษาพยาบาลดีเด่น
2. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
3. สถานศึกษา.....ชั้นปี.....
4. สถานที่ติดต่อได้.....

E-mail:..... เบอร์โทร.....

5. ประวัติและผลงานดีเด่น (มีแฟ้มประวัติ รูปภาพ หรือ VDO หรืออื่นๆ เพื่อประกอบการพิจารณา)  
.....  
.....  
.....

6. ความเห็นของผู้ได้รับการเสนอชื่อ  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ได้รับการนำเสนอชื่อ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

7. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา  
.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ แบบฟอร์มเสนอชื่อ และเอกสารอื่น ๆ ต้องถึงสำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ  
ภายในวันที่ 12 เมษายน 2560 เท่านั้น หากช้าเกินกำหนดสมาคมฯ จะไม่รับพิจารณา