

แบบฟอร์ม ประวัติ และผลงาน
ผู้ถูกเสนอชื่อเพื่อคัดเลือกเป็นศิษย์เก่าดีเด่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๐

รูปถ่ายขนาด
“๑ x ๒”
ถ่ายไม่เกิน
๖ เดือน

เสนอชื่อศิษย์เก่าดีเด่นเพื่อเข้ารับรางวัล

- ด้านผลงานดีเด่นทางวิชาการหรือวิชาชีพ
 ด้านการสร้างคุณประโยชน์แก่สังคม

๑. ประวัติผู้ถูกเสนอชื่อเป็นศิษย์เก่าดีเด่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี

สถานที่ทำงาน

เลขที่ ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร มือถือ

E-mail

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

มือถือ E-mail

๒. สำเร็จการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

- ระดับปริญญาตรี รุ่นที่ ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.
 ระดับปริญญาโท รุ่นที่ ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.
 ระดับปริญญาเอก รุ่นที่ ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.

๓. ประวัติการศึกษา

ระดับปริญญาตรี ปีที่เข้าศึกษา พ.ศ. สาขาวิชา

คณะ มหาวิทยาลัย

ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.

ระดับปริญญาโท ปีที่เข้าศึกษา พ.ศ. สาขาวิชา

คณะ มหาวิทยาลัย

ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.

ระดับปริญญาเอก ปีที่เข้าศึกษา พ.ศ. สาขาวิชา

คณะ มหาวิทยาลัย

ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.

๔. อาชีพ ตำแหน่งงานปัจจุบัน

- ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 บริษัทเอกชน ประกอบธุรกิจส่วนตัวหรือวิชาชีพ หรือทำงานในองค์กรธุรกิจ
 อื่นๆ (โปรดระบุ)

๕. เกียรติประวัติการปฏิบัติงาน และผลงานดีเด่นที่เสนอให้พิจารณา (เช่น รางวัล ที่เคยได้รับ วุฒิบัตรชมเชย ฯลฯ) พร้อมทั้งแนบรายละเอียด

.....
.....
.....

๖. ประวัติการทำงาน / กิจกรรมพิเศษ

๖.๑

.....

๖.๒

.....

๗. ประวัติผลงาน เช่น หนังสือ/ตำรา บทความวิชาการ - พิมพ์เผยแพร่ในวารสารประเทศไทยหรือต่างประเทศ สิ่งประดิษฐ์/นวัตกรรม และผลงานในลักษณะอื่น ๆ (หากมี)

.....

.....

.....

๘. กิจกรรมที่มีส่วนร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....

.....

.....

ลงชื่อ ผู้เสนอชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่นำเสนอเป็นความจริงและอนุญาตให้เสนอชื่อได้

ลงชื่อ เจ้าของประวัติ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ :

๑. download แบบฟอร์มได้ที่ <http://www.nu.msu.ac.th/>

๒. ส่งแบบฟอร์ม/ไฟล์ข้อมูลได้ที่สำนักงานเลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม รหัสไปรษณีย์ ๔๔๑๕๐ หรือที่ E-mail: Apinya.kcm@gmail.com

๓. กำหนดส่งแบบฟอร์มภายใน วันที่ ๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

แบบฟอร์มเสนอชื่อศิษย์เก่าดีเด่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๐

คำรับรองและความคิดเห็นของหัวหน้างาน/ผู้ร่วมเสนอ

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
ตำแหน่ง เบอร์มือถือ
- ขอรับรองข้อความข้างต้นของ (นาย/นาง/นางสาว)
เป็นความจริงทุกประการ
2. ความเห็น (เหตุผลที่เห็นสมควรได้รับการพิจารณาให้รางวัล)
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

ลงชื่อ ผู้ให้คำรับรอง
(.....)
ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ. 2560

หมายเหตุ

- การแจ้งรายละเอียดต่างๆ หากไม่สามารถกรอกข้อมูลได้ครบถ้วนให้เพิ่มโดยทำเอกสารแนบ
- ผู้ให้คำรับรอง คือ
 - ผู้บังคับบัญชาสูงสุดในสายงาน ตั้งแต่ระดับผู้อำนวยการหรือเทียบเท่าเท่านั้น
 - ศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไม่น้อยกว่า 5 คนเป็นผู้ให้การรับรอง (แบบกลุ่ม)

รายชื่อผู้ให้การรับรอง (แบบกลุ่ม)

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หลักสูตร	รุ่นที่	ปี พ.ศ.

หมายเหตุ

- 1. การแจ้งรายละเอียดต่างๆ หากไม่สามารถกรอกข้อมูลได้ครบถ้วนให้เพิ่มโดยทำเอกสารแนบ
- 2. ผู้ให้การรับรอง คือ
 - 2.1 ผู้บังคับบัญชาสูงสุดในสายงาน ตั้งแต่ระดับผู้อำนวยการหรือเทียบเท่าเท่านั้น
 - 2.2 ศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ไม่น้อยกว่า 5 คนเป็นผู้ให้การรับรอง (แบบกลุ่ม)