

กรุงเทพมหานคร  
รับเลขที่ ๒๑๑๐  
วันที่ ๒๘ ต.ค. ๒๕๕๙  
เวลา ๑๖:๑๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ ๙๔๙๙  
วันที่ 28 ต.ค. 2559  
เวลา 15:17

ที่ สธ ๐๓๐๖/๓๗๖๐

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์  
สี่ลม บางรัก กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุมัติประชาสัมพันธ์การรับสมัครบุคลากรเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ คณบดี/ อธิบดี/ ผู้อำนวยการวิทยาลัย  
พยาบาล/ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์  
จะเปิดรับสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการ  
พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ ระหว่างวันที่ ๓  
เมษายน ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาอบรม ๑๖ สัปดาห์ ในการนี้  
ขอความอนุเคราะห์ท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรผู้สนใจสมัครเข้าอบรม ตามรายละเอียดที่แนบ  
พร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมดังกล่าวด้วย  
จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
เพื่อโปรดทราบ  
เห็นควร.....

ขอแสดงความนับถือ

ศุภรัตน์ วงษ์ยศ  
นักวิชาการสาธารณสุข  
๗๐ ต.๑.๕๘

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

**ดำเนินการ**

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล  
โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๘-๙  
โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๘๕๖

(นายสุชิน คันตร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ประกาศ โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์  
รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙

.....

โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรม  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โดยมี  
วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพและทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพิ่มมากขึ้น  
ดังต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๖ สัปดาห์

ระหว่างวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๐ - ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๓๖ คน

หมายเหตุ :- ขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการศึกษาอบรม ถ้ามีจำนวนผู้สมัครไม่ถึง ๒๕ คน

#### การรับสมัคร

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ทางไปรษณีย์ สามารถดาวน์โหลด  
ใบสมัครได้ที่ [www.lerdsin.go.th](http://www.lerdsin.go.th)

#### คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นพยาบาลวิชาชีพ วุฒิประกาศนียบัตรทางการพยาบาล หรือปริญญาบัตรทางการพยาบาล  
และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑
๒. เป็นผู้ที่กำลังปฏิบัติงาน หรือทำการสอน ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ในสาขาวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษา  
อบรม
๓. มีประสบการณ์ในการทำงานทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับถึงวันสมัคร
๔. ได้รับอนุมัติให้ลาเข้าศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

#### เอกสารประกอบการสมัคร

๑. สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น ประกาศนียบัตร ปริญญาบัตรทางการพยาบาล จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรตามวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑  
(ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด (ไม่อนุญาตให้ใช้บัตรประจำตัวข้าราชการ)
๕. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เป็นรูปถ่าย  
ระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร
๖. สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)
๗. หนังสือรับรอง/ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษา  
อบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน (รพล.ฉท.๐๑ หน้า ๓, ๔)
๘. สำเนาหลักฐานการโอนค่าสมัคร (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท

### การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาสีลม ชื่อบัญชี โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่บัญชี ๐๒๒-๑-๐๖๔๕๔-๐ จำนวน ๒๐๐ บาท (สำเนาสลิปโอนเงินส่งโทรสาร ภายในวันที่โอนเงิน) ในวัน และเวลาราชการ

### หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง/ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. โรงพยาบาลเลิดสิน ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ ถือเป็นที่สุด
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขานั้น โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

### การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์โรงพยาบาลเลิดสิน [www.lerdsin.go.th](http://www.lerdsin.go.th) วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๐

### การรายงานตัวและลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๙ - ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ โดยปฏิบัติดังนี้

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาสีลม ชื่อบัญชี โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่บัญชี ๐๒๒-๑-๐๖๔๕๔-๐ ตามอัตราค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมดังตารางต่อไปนี้

สาขาการพยาบาล	ค่าลงทะเบียน
ออร์โธปิดิกส์	๔๐,๐๐๐ บาท

๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์แล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการจัดส่ง เอกสารดังนี้

๒.๑ หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย

๒.๒ ใบคำร้องขอทำบัตรแสดงตน (ดาวน์โหลดได้ที่ [www.lerdsin.go.th](http://www.lerdsin.go.th))

๒.๓ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เป็นรูปถ่ายในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่า สละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ภายหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมแล้ว โรงพยาบาลเลิดสิน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

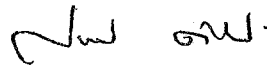
ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน

โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘

มือถือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๔๙๔๙

โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๕๖



(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน



(รพพ.ฉท. 01)

กรมการแพทย์  
โรงพยาบาลเลิดสิน

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....  
การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน  
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
รุ่นที่ 45 กลุ่ม 3 ปีการศึกษา 2559

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

● ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....  
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rank .....นามสกุล.....  
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน.....  
สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า / แยก  
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....E-mail.....  
เลขที่ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  
สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....  
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่ทำงาน  
● ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด.....เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....  
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....  
ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....

2. ประวัติการศึกษา

2.1 การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา / คุณวุฒิ (จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา



6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเลิดสิน

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....  
ตำแหน่ง.....  
ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....  
ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 45 กลุ่ม 3 ปีการศึกษา 2559  
ตามหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเลิดสิน

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่หลักสูตรฯ	สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน	ดำเนินการส่งคืนใบเสร็จรับเงิน
เจ้าหน้าที่รับใบสมัคร.....	จำนวนเงิน.....-200-.....บาท	วันที่ส่ง.....
วันที่.....	(สองร้อยบาทถ้วน)	ส่งไปที่.....
( ) ตนเอง (เงินสด)	ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....	.....
( ) ทางไปรษณีย์	วันที่.....	.....
หลักฐานการโอนเงินเลขที่.....	ผู้รับเงิน.....	.....
ธนาคาร.....	(.....)	.....
สาขา.....	วันที่.....	.....
วันที่.....		ผู้ส่ง.....

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น  
 สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
 สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 45 กลุ่ม 3 ปีการศึกษา 2559  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) .....นามสกุล.....  
 ศึกษาอบรม สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ วันที่.....ถึงวันที่.....

2. ชื่อ - สกุล ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น ..... นามสกุล .....  
 ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....  
 โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

3. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....

3.2 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น / การตัดสินใจ / การแก้ปัญหา.....

3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....

3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....

3.5 ความสามารถพิเศษอื่น.....

4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....

ลงนาม.....

วันที่.....



## การส่งเอกสาร

ผู้สมัครทุกคนจะต้องส่งใบสมัคร (รพล.ฉท 01) และเอกสารการสมัครทุกรายการที่สมบูรณ์ และครบถ้วน พร้อมด้วยหลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท (หากไม่ส่งหลักฐานการโอนเงินจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะ) พร้อมทั้งส่งซองจดหมายขนาด ๑๑ x ๒๒ เซนติเมตร (ซองขาวยาว) จ่าหน้าซองถึงตนเอง โดยเขียนชื่อ - นามสกุล และที่อยู่ ส่ง EMS/ลงทะเบียน เอกสารทั้งหมด (ใบสมัคร เอกสารประกอบการสมัคร หลักฐานการโอนเงิน และซองจดหมาย) ไปยังโรงพยาบาลเลิดสิน ตามที่อยู่ดังนี้

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล (งานบริหารจัดการหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง)  
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน  
เลขที่ ๑๙๐ ถนนสีลม แขวงศรีเวียง เขตบางรัก กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐๐  
(สมัครหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง)