

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่ 9464
 วันที่ 31 ต.ค. 2560
 เวลา 09.08

ที่ สธ ๐๓๐๖/ ๘๖๓๐

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์
 สีสลม บางรัก กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๐

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
 สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์
 จะเปิดรับสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการ
 พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์
 ๒๕๖๑ จนถึงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาอบรม ๑๖ สัปดาห์ ในกรณีนี้ ขอความ
 อนุเคราะห์ท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรผู้สนใจสมัครเข้าอบรม ตามรายละเอียดที่แนบพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมดังกล่าวด้วย
 จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 เพื่อไปทราบ
 เห็นควร... *ให้ รส. ทท. พ. พ. พ.*

ขอแสดงความนับถือ

ใน
 สุภารัตน์ วงษ์ยศ
 นักวิชาการสาธารณสุข
 ๑ ก.ช.๖๐ *๑๗*

น.ส. น.บ.
 (นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘ หรือ ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๓๗
 มือถือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๕๙๔๙ หรือ ๐๘ ๑๒๑๔ ๐๐๖๖
 โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๕๖

แจ้งประชาสัมพันธ์

๑๖
 (นายสุชิน คินศร)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแพทย์
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑๖

ประกาศ โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์
รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐

.....

โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพและทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพิ่มมากขึ้น ดังต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๖ สัปดาห์

ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ - ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ จำนวน ๓๖ คน

หมายเหตุ :- ขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการศึกษาอบรม ถ้ามีจำนวนผู้สมัครไม่ถึง ๒๕ คน

การรับสมัคร

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ทางไปรษณีย์ สามารถดาวน์โหลด ใบสมัครได้ที่ 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 ขอสงวนสิทธิ์ในการคัดเลือก โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และตามความจำเป็นของหน่วยงาน
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ ถือเป็นที่สุด
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขาดังกล่าว โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์โรงพยาบาลเลิดสิน www.lerdsin.go.th วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

การรายงานตัวและลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๙ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑ 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)

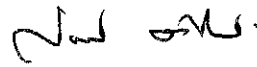
๒.๓ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เป็นรูปถ่ายในระยะเวลาดำเนินการไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่า สละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ภายหลังจากชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมแล้ว โรงพยาบาลเลิดสิน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน
โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘ หรือ ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๓๗
มือถือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๔๙๔๙ หรือ ๐๘ ๑๒๑๔ ๐๐๖๖
โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๕๖



(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน



(รพล.ฉท. 01)

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....

การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560

รูปถ่าย
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rankนามสกุล.....

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.....

สถานที่ทำงานปัจจุบันหน่วยงาน/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 และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้วจะต้องตามระเบียบข้อบังคับของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเกิดสิน

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

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....
ตำแหน่ง.....
ขอรับรองและยืนยันให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....
ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560 ตามหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเกิดสิน

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

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

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
 สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน

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

2. ชื่อ - สกุล ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นนามสกุล.....
 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.....