

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่ 103
วันที่ 15 มี.ค. 2559
เวลา 8.37



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ 420
วันที่ 15 มี.ค. 2559
เวลา 14.01

ที่ สธ ๐๓๐๘ / ๑. ๓๐๖๖

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ซอยบาราคนราดรุร ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสถาบัน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอ/สถานพยาบาล/วิทยาลัย/สถาบัน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล ได้จัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการพยาบาลเฉพาะทาง ตลอดจนมีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วย และผู้พิการ ด้านการฟื้นฟูสภาพ โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน ระหว่างวันที่ ๘ สิงหาคม ถึงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ จำนวน ๓๐ คน

ในการนี้ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตรดังกล่าว อัตราค่าลงทะเบียน ๓๕,๐๐๐ บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) อนึ่ง ข้าราชการสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจกรณารอรายละเอียดใบสมัคร และส่งไปยังกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ภายในวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ และสามารถ Download รายละเอียดของหลักสูตรได้ที่ www.snmrc.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตรให้บุคลากรในสังกัดได้ทราบด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

- เพื่อโปรดทราบ.....

เห็นชอบ เห็น พ.พ.ท. 11/6/58

ขอแสดงความนับถือ

(นางดารณี สุวพันธ์)

ผู้การต้น รังษย์ชัย
นักวิชาการสาธารณสุข

๑๙ มี.ค. ๕๙

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ดำเนินการ

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โทร ๐ ๒๕๕๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๓

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๓๙๑๒

ผู้ประสานงาน คุณสุพรรณนิการ์ แวอาราม / คุณอารีย์รัตน์ เนื่องพิทักษ์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

(นายสุจิน คันสร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑๕ มี.ค. ๒๕๕๙

สถาบันลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ภาษาอังกฤษ: Program of Nursing Specialty in Rehabilitation Nursing

ชื่อประกาศนียบัตร

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ภาษาอังกฤษ: Certificate in Nursing Specialty in Rehabilitation Nursing

ชื่อย่อ : ป.การพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวมและสามารถใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัย เพื่อให้คนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

องค์ประกอบของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร ๑๖ หน่วยกิต

โครงสร้างหลักสูตร มี ดังนี้

ภาคทฤษฎี ๑๑ หน่วยกิต

ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

ภาคทฤษฎี ๑ หน่วยกิต = ๑๕ ชั่วโมง

ภาคปฏิบัติ ๑ หน่วยกิต = ๖๐ ชั่วโมง

พยคร ๕๓๐ นโยบายสุขภาพและประเด็นร่วมสมัยในการพยาบาล ๒(๒-๐-๔) หน่วยกิต

NSID ๕๓๐ Health Policy and Contemporary Issues in Nursing

คำอธิบายรายวิชา

นโยบายสุขภาพ ระบบสุขภาพ เศรษฐศาสตร์และระบบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ การวินิจฉัยโรคร่วมและคำนำหน้าหมักสัมพันธ์ กฎหมาย สิทธิ สวัสดิการ และการพิทักษ์สิทธิ แนวคิดการพยาบาลร่วมสมัยเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ผลผลิตและการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล การพัฒนาและการใช้ฐานข้อมูลขนาดเล็กที่เกี่ยวข้องกับคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

พยคร ๕๓๑ การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการจัดการความเสี่ยง ๒ (๑-๑-๓) หน่วยกิต

NSID ๕๓๑ Advanced Health Assessment and Risk Management

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด หลักการ และวิธีการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ในคนพิการและผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว ทั้งกาย จิต สังคม แปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเฉพาะทาง การวินิจฉัยและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การตัดสินใจทางคลินิกและการบันทึกทางการพยาบาล

พยคร ๕๓๒ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ
NSID ๕๓๒ Rehabilitation Nursing
คำอธิบายรายวิชา

๓ (๓-๐-๖) หน่วยกิต

สถานการณ์ความเจ็บป่วย ภาวะเสี่ยงต่อความพิการ และความพิการซ้ำซ้อน พยาธิสรีรวิทยา การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนพิการและผู้ที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม เครื่องมือและคู่มือมาตรฐานในการประเมินและรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการซ้ำซ้อน การพัฒนาครอบครัว ชุมชน เครือข่ายเพื่อดูแล การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาฐานข้อมูลขนาดเล็กด้านการฟื้นฟูสภาพ

พยคร ๕๓๓: การจัดการต่อเนื่องด้านการฟื้นฟูสภาพ
NSID ๕๓๓ Continuing Management in Rehabilitation

๒ (๒-๐-๔) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดและผลลัพธ์การจัดการต่อเนื่องสำหรับคนพิการและผู้ที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การฟื้นฟูสภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้จัดการรายการณ์ด้านการฟื้นฟูสภาพ การจัดทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ การเลือกใช้เทคโนโลยีและการแพทย์ทางเลือก การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและชุมชน การพัฒนานวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง เครือข่ายการจัดการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

พยคร ๕๔๙ การส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ ๒ (๒-๐-๔) หน่วยกิต
NSID ๕๔๙ Health Promotion and Preparation for Independent Living

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการและผู้ที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว บทบาทรัฐ บทบาทพยาบาลและทีมสุขภาพ ในการจัดให้มีการดำเนินชีวิตอิสระ การพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี การสร้างพลังชีวิต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการการดำรงชีวิตอิสระในสังคม การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคม การวางแผนชีวิตและกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของคนพิการและผู้ที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวแต่ละคน

พยคร ๕๘๖ ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ
NSID ๕๘๖ Rehabilitation Nursing Practicum

๓ (๐-๑๒-๓) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม หลังการเกิดภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเมื่อมีความพิการ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมินความต้องการการฟื้นฟูสภาพ การตัดสินใจปัญหา การวางแผนการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การใช้วิธีทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด อรรถบำบัด การใช้กายอุปกรณ์ การส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยคร ๕๘๗ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระ
NSID ๕๘๗ Nursing Care for Independent Living Practicum

(๐-๘-๒) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ การพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี ผู้ป่วยและคนพิการ การสร้างพลังชีวิต แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำรงชีวิตอิสระในสังคม สื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคม วางแผนชีวิตและกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของคนพิการและผู้ที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวแต่ละคน

การรับสมัคร

1. สมัครด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ - 27 พฤษภาคม 2559
ให้ผู้สมัครยื่นใบสมัครที่แบบหลักฐานครบถ้วน ในวันและเวลาราชการ
เวลา 09.00-15.00 น. ณ สถาบันสิรินธรเพื่อการศึกษาฟื้นฟูฯ พร้อมค่า
สมัคร(เงินสด) จำนวน 200.- บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
2. สมัครทางไปรษณีย์ ตั้งแต่วันที่ - 27 พฤษภาคม 2559
การชำระเงิน ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์
ธนาคารกรุงไทย สาขาสีเกตุ ก.พ. ชื่อบัญชี ศูนย์สิรินธรเพื่อการศึกษา
ฟื้นฟูฯ เพื่อโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
เลขที่บัญชี 579-0-02748-2 จำนวนเงิน 200.- บาท
(สองร้อยบาทถ้วน)

การส่งเอกสาร ผู้สมัครจะต้องส่งใบสมัคร จพ.01 และหลักฐาน
การสมัครทุกรายการที่สมบูรณ์ และครบถ้วนพร้อมด้วยหลักฐานการ
โอนเงิน (สลิปโอนเงิน) จำนวนเงิน 200.- บาท (หากไม่ส่งหลักฐานการ
โอนเงินจะถือว่าไม่สมัคร) เป็นเงินสด ที่อยู่ดังต่อไปนี้ -

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
ศูนย์สิรินธรเพื่อการศึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
เลขที่ 88/26 ถ.ตลาดขวัญ ต.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี
11000 (สมัครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง)

โดยลงวันที่ประทับตราจากไปรษณีย์ต้นทาง วันที่มีตราสมัคร
เป็นอย่างไรก็ตามหากพ้นกำหนดดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์ในการสมัคร
สถาบันสิรินธรเพื่อการศึกษาฟื้นฟูฯ จะไม่คืนหลักฐาน
การสมัคร และเงินค่าสมัครที่ไม่ผ่านการใด ๆ ทั้งสิ้น

หลักฐานการสมัคร

- 1) ใบสมัคร (จพ. 01)
- 2) สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น อนุปริญญาบัตร / ปริญญาบัตร
- 3) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรตามวุฒิการศึกษา
- 4) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ หรือ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 (ยังไม่หมดอายุตลอด
ระยะเวลาการศึกษาอบรม)
- 5) สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
- 6) สำเนาบัตรประชาชน
- 7) รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม
ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ติดที่ใบสมัคร 1 รูป
รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันสมัคร
- 8) เอกสารอื่น ๆ เช่น ใบทะเบียนสมรส/หย่า / ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล
(ให้เซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง ในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

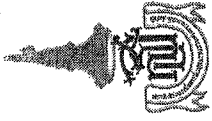
ใบสมัคร Download จาก www.snmrc.go.th

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

- กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล :
นางสุพรรณิการ์ แวงอาราม
และนางสาวอารีย์รัตน์ เผือกพัก 087-368-6779
โทร 0 2591 5455 ต่อ 6733

<http://www.snmrc.go.th>

Fax : 0 2591 3912

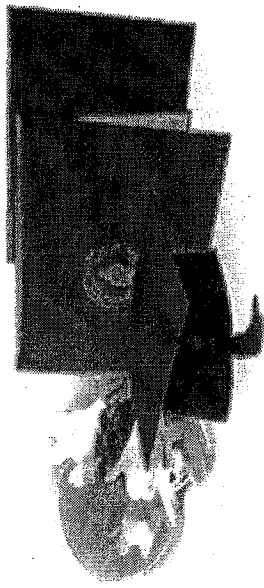


การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง

ปีการศึกษา 2559

☆ สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

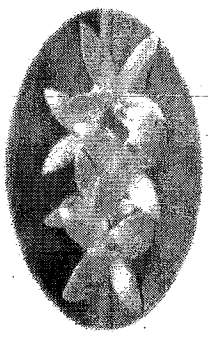


สถาบันสิรินธรเพื่อการศึกษาฟื้นฟูสมรรถภาพ
ทางการแพทย์แห่งชาติ
ร่วมกับ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ระยะเวลาการศึกษาอบรม

ระยะเวลา 16 สัปดาห์
: วันที่ 8 สิงหาคม - 25 พฤศจิกายน 2559
1. สถานพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน 30 คน



คุณสมบัติของผู้สมัคร

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ วุฒิประกาศนียบัตร อนุปริญญา หรือปริญญาตรีทางการพยาบาล และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น I
2. เป็นผู้ที่กำลังปฏิบัติงานหรือทำการสอน และเกี่ยวข้องโดยตรงในสาขาวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษาอบรม
3. มีประสบการณ์ในการทำงานทางการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 2 ปี นับถึงวันสมัคร
4. มีหนังสือรับรอง / ความเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น และมีการรับรองการอนุมัติให้เข้าศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน
5. อายุไม่เกิน 55 ปี

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

1. เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะสาขา เป็นพยาบาลที่ครอบคลุมดูแลและมีแผนปฏิบัติการดูแล ตลอดจนมีความสามารถในการศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับวิทยาการใหม่ ของศาสตร์สาขาที่ศึกษา
2. เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่การเกิดความเจ็บป่วยในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะเรื้อรัง

หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม

1. มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วนตามที่ระบุไว้
2. หนังสือรับรอง / ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
3. คำรับรอง / หนังสืออนุมัติการลาจากผู้บังคับบัญชา
4. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับเข้าศึกษาอบรม โดยพิจารณาตามความจำเป็น และการกระจายของหน่วยงาน และอื่น ๆ
5. การตัดสินใจของคณะกรรมการประจำกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ถือเป็นที่สุด
6. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด กลุ่มฯ ของสงวนสิทธิ์ในการ งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขานั้น โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

ค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรม

สถานพยาบาล	ค่าลงทะเบียน	ค่าศึกษาฐาน
ฟื้นฟูสภาพ	35,000.- บาท	ต่างประเทศ(เพิ่มเติม)

กำหนดการรับสมัครและการคัดเลือก

สมัครด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ - 27 พ.ค. 2559
 สมัครทางไปรษณีย์ ตั้งแต่วันที่ - 27 พ.ค. 2559
 ประกาศผลการคัดเลือก
 : วันที่ 4 ก.ค. 2559
 ชำระค่าลงทะเบียน
 : วันที่ 4 - 15 ก.ค. 2559



เลขประจำตัวผู้สมัคร.....
 สาขา.....การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ.....
 ระบุความเชี่ยวชาญ(เฉพาะสาขาปริศัลยกรรม).....

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
 ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
 ปีการศึกษา 2559

รูปถ่าย
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....
 ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศ.....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.....

เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....

เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน

- ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด.....
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
 ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
 เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....

2. ประวัติการศึกษา

2.1 การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

2.2 การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่น ๆ

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

ตำแหน่ง.....

ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ปีการศึกษา 2558 สาขา.....

ตามหลักสูตรของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

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.....	ผู้ส่ง.....
วันที่.....	วันที่.....

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
ปีการศึกษา 2559 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)นามสกุล.....
สาขาที่จะศึกษาอบรม..... วันที่..... ถึงวันที่.....
2. ชื่อ - นามสกุล ผู้รับรองนามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....
3. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
 - 3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....
.....
 - 3.2 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น / การตัดสินใจ / การแก้ปัญหา.....
.....
 - 3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเอง.....
.....
 - 3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....
.....
 - 3.5 ความสามารถพิเศษอื่น ๆ.....
.....
4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....
.....
.....
.....
.....

ลงนาม.....
วันที่.....