****

รูปถ่าย

ขนาด2x3

ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

**ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (หลังปริญญาตรี)**

**ด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รุ่นที่ 1**

**ระหว่างวันที่ 18 เมษายน – 11 สิงหาคม 2559**

**ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**คำชี้แจง :** โปรดกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเองในการรับการพิจารณาคัดเลือก

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) (กรุณาเขียนตัวบรรจง) ............................................................ (ชื่อเดิม ถ้ามี)...........................................................

นามสกุล.................................................. (นามสกุลเดิม ถ้ามี)..................................**วัน เดือน ปีเกิด**...................................... **อายุ** .............ปี

ตำแหน่ง........................................... ................................................................

กรณีท่านเป็นศิษย์เก่า คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รุ่นที่...... พย .บ. พย.ม. ปร.ด. อื่นๆ...........

**ที่อยู่ปัจจุบัน** เลขที่..................................หมู่ที่.............หมู่บ้าน............................................ตรอก/ซอย............................................................

ถนน........................................ตำบล............................................อำเภอ.................................................จังหวัด.......................................................

รหัสไปรษณีย์..................................................โทรศัพท์บ้าน........................................................โทรสาร...............................................................

โทรศัพท์มือถือ.......................................................................... E-mail Address:………………………………………………………………………...…

**สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน** .................................................................เลขที่.....................หมู่ที่..................ตรอก/ซอก.........................................

ถนน.................................................ตำบล.................................................อำเภอ................................................จังหวัด..........................................

รหัสไปรษณีย์............................................โทรศัพท์ที่ทำงาน.............................................................โทรสาร..........................................................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ...........................................................................เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล ............................................

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก) ..............................................................................................................................................................

2.1 ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| คุณวุฒิ | | ปี พ.ศ. ที่จบ | ชื่อสถานที่ศึกษา |
| 2.1 |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |
| 2.3 |  |  |  |

2.2 ประวัติการอบรมระยะสั้น (ระยะเวลา 4 เดือน)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | คุณวุฒิ | ปี พ.ศ. ที่จบ | | ชื่อสถานที่ศึกษา |
| 2.4 |  |  |  | |
| 2.5 |  |  |  | |
| 2.6 |  |  |  | |

3. ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)

3.1 ตำแหน่ง...........................................หอผู้ป่วย......................................................................................พ.ศ ………...….

3.2 ตำแหน่ง...........................................หอผู้ป่วย......................................................................................พ.ศ ……………

3.3 ตำแหน่ง...........................................หอผู้ป่วย......................................................................................พ.ศ …….……...

4. ความสามารถพิเศษ

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

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

5. สถานที่พักระหว่างการอบรม

( ) พักในหอพักนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(ติดต่อคุณรัศมี ประสงค์แสงทอง โทรศัพท์ 0-4320-2559)  
 ( ) หาที่พักเอง

6. รายละเอียดหอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ โปรดระบุข้อข้อมูลในช่องว่างต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายละเอียด | ข้อมูล |
| 1. ประเภทหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน และสัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องให้การพยาบาลแบบประคับประคอง |  |
| 2. สัดส่วนพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลแบบประคับประคองต่อพยาบาลที่ปฏิบัติ  งานในหอผู้ป่วยทั้งหมด |  |

7. ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม

7.1 ..........................................................................................................................................................................

7.2 ..........................................................................................................................................................................

7.3 ..........................................................................................................................................................................

7.4 ..........................................................................................................................................................................

7.5 ..........................................................................................................................................................................

8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้ารับการอบรมในหลักสูตรการพยาบาล

เฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ หรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

(ลงชื่อ) .................................................................................................. ผู้สมัคร

(................................................................................................)

(ตำแหน่ง) .................................................................................................

วันที่ ................... เดือน ................................................... พ.ศ. ................

8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..............................................นามสกุล........................................... ตำแหน่ง.............................

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว........................................นามสกุล............................................ตำแหน่ง.............................

มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วนทุกประการ และอนุมัติให้บุคคลดังกล่าวมาเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (หลังปริญญาตรี)

ด้านการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคองรุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 18 เมษายน –11 สิงหาคม 2559 ณ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กรุณาระบุข้อข้อมูลของหน่วยงานท่านในช่องว่างต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายละเอียด | ข้อมูล |
| 1. ขนาดของโรงพยาบาล |  |
| 2. จำนวนหอผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลแบบประคับประคอง  หรือมีหน่วยการพยาบาลแบบประคับประคอง |  |
| 3. จำนวนพยาบาลที่อบรมเฉพาะทางการพยาบาลแบบ  ประคับประคอง ในหลักสูตรต่างๆ เช่น 3 วัน, 5 วัน,  6 สัปดาห์ เป็นต้น |  |

เหตุผลและความจำเป็นของหน่วยงานที่ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในครั้งนี้.....................................................................

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

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

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

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

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

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

(ลงชื่อ) ......................................................................................................

(..................................................................................................)

(ตำแหน่ง) ................................................................................................

วันที่ ................... เดือน ............................................. พ.ศ. ..................

**หมายเหตุ** **: การชำระเงินค่าลงทะเบียน**

หลังจากทางคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น แจ้งผลการพิจารณาให้ท่านเข้ารับการอบรมเรียบร้อยแล้ว ขอให้ท่าน ดำเนินการชำระเงินค่าลงทะเบียน คนละ 40,000 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) โดย

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ชื่อบัญชี** โครงการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มข. **เลขที่บัญชี** **551-408472-4**

พร้อมส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงิน เขียนชื่อ-นามสกุล ของผู้โอนเงินให้ชัดเจน ส่งได้ที่ นางฉวีวรรณ วันสาสืบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 ทางโทรสาร 0-4336-2012, 0-4334-8301 หรือทาง e-mail : [wchawe@kku.ac.th,kanokon@kku.ac.th](mailto:wchawe@kku.ac.th,kanokon@kku.ac.th) และ cjeree@kku.ac.thสำหรับใบเสร็จรับเงินติดต่อรับได้ในวันลงทะเบียน

**หมายเหตุ :** เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 4. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)