



โรงพยาบาลรัฐประเทศ  
เลขรับที่ 5121  
วันที่ 23 ก.ค. 65  
เวลา 11:39

ที่ สธ ๐๓๒๐/๐, ๓๙

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู  
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
ซอยบาราคนราคร ถนนติวานนท์  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน /  
สถานพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล/สถาบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

เรื่องการรับสมัครเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร  
มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
วัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการพยาบาลเฉพาะทางด้าน การพยาบาล  
ฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนมีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยในระยะกึ่ง  
เฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน รุ่นที่ ๑๔ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ถึง  
วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ จำนวน ๔๐ คน

ในการนี้ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ  
ในสังกัดของท่านเข้าร่วมหลักสูตรดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)  
สามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ อนึ่ง ข้าราชการสามารถเข้าร่วมอบรมได้  
โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับ  
อนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจ กรุณากรอกรายละเอียดใบสมัคร และส่งไปยังภารกิจด้านการ  
พยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ และสามารถ Download รายละเอียดของหลักสูตรได้ที่  
[www.snmri.go.th](http://www.snmri.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรฯ  
ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

ขอแสดงความนับถือ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ  
☒ เพื่อโปรดพิจารณา  
☒ เห็นความชอบ.....  
☐ อื่นๆ .....

(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร ๐ ๒๕๔๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๘

โทรสาร ๐ ๒๕๔๑ ๓๙๑๒

ผู้ประสานงาน คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม / คุณอารีย์รัตน์ เผือกพัก

(นายราเชษฎ์ เจริญ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐประเทศ

23 กย. 2565



สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการพัฒนาสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติ  
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 ให้สมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกึ่งกลางแบบองค์รวม และสามารถใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งกลางซึ่งผู้ป่วยจากวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ในชุมชนได้ พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ชุมชน/ครอบครัวให้พร้อมรับการส่งต่อผู้ป่วยระยะกึ่งกลางเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วย/คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

องค์ประกอบของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร

โครงสร้างหลักสูตร มี ดังนี้

ภาคทฤษฎี

ภาคปฏิบัติ

ภาคทฤษฎี ๑ หน่วยกิต = ๑๕ ชั่วโมง

ภาคปฏิบัติ ๑ หน่วยกิต = ๖๐ ชั่วโมง

พยศ ๖๒๗ นโยบายสุขภาพกับภาวะผู้นำ

NSID ๖๒๗ Health Policy and Leadership

คำอธิบายรายวิชา

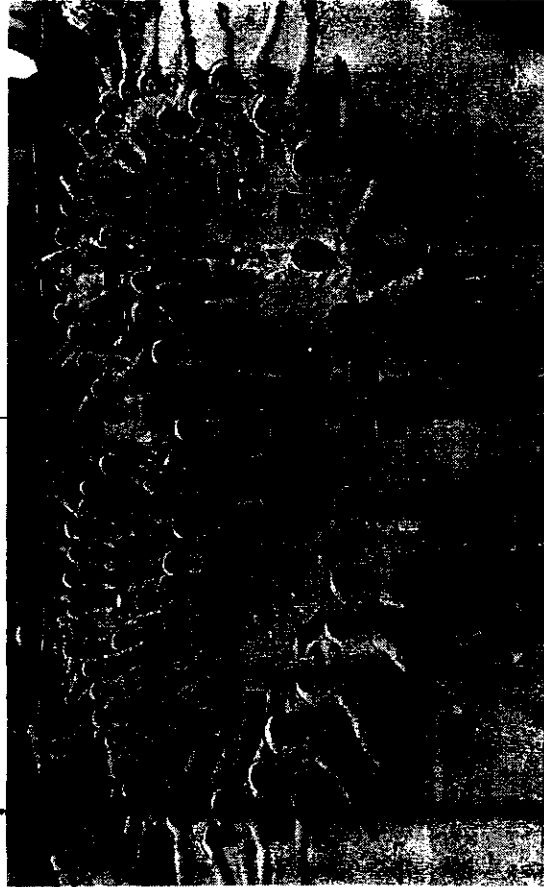
นโยบายสุขภาพ ปัญหาและแผนพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล กฎหมาย ข้อกำหนด และประเด็นจริยธรรมในระบบสุขภาพ เศรษฐศาสตร์สุขภาพและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพในระบบสุขภาพ ทฤษฎีและการพัฒนาสมรรถนะผู้นำ

พยศ ๕๓๑

NSID ๕๓๑ Advanced Health Assessment and Risk Management

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด หลักการ การประเมินสุขภาพขั้นสูง การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ด้านร่างกาย จิต สังคม และวิญญาณ การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเฉพาะทาง การวินิจฉัย การตัดสินใจทางคลินิก และการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ





ประกาศ สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพ และทักษะด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๗ สัปดาห์

รุ่นที่ ๑๔ ระหว่างวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ – วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖

สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน ๔๐ คน

การรับสมัคร

เอกสารใบสมัครสามารถ Download ได้ที่ [www.snmri.go.th](http://www.snmri.go.th)

รับสมัครเฉพาะทาง ไปรษณีย์ ส่งที่ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู ๖  
๘๘/๒๖ ซอยบำรุงราชนราดูร ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ต่อไปนี้

คุณสมบัติทั่วไป

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประพฤติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
๒. สุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๓. ต้องมีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้น ๆ เติ้มเวลา

คุณสมบัติเฉพาะ

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาลที่ไม่หมดอายุ
๒. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. อายุไม่เกิน ๕๕ ปี

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ ภายหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรม แล้ว สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ

โทร ๐ ๒๕๕๑ ๕๕๕๕ ต่อ ๖๗๓๘


มือถือ คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม ๐๘๙ ๑๒๘ ๐๖๒๙

มือถือ คุณอารีรัตน์ เผือกฟัก ๐๘๗ ๓๖๘ ๖๗๗๙

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๓๙๑๒

Email: ploylovenurserehab2020@gmail.com

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



(ฉท. 01)

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....  
สาขา.....การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ.....  
ระบุมหาวิทยาลัย(เฉพาะสาขาบริหารการพยาบาล).....

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
รุ่นที่ 14 ปีการศึกษา 2566

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรณารอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน 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 (นับถึงวันขึ้นปีใหม่) 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

3. ประวัติการปฏิบัติงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

[illegible]

4. ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน (โปรดบรรยายละเอียด / ประเภท / ลักษณะงาน / บริการการพยาบาล)

[illegible]

5. เป้าหมายของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้ (โปรดระบุเพื่อพิจารณารับเข้ามาศึกษาต่อ)

[illegible]

### 6. คำรับรองของผู้สมัคร

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

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### 7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

ตำแหน่ง.....

ขอรับรองและยินยอมให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ปีการศึกษา 2566 สาขา การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

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

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับอุดมศึกษา  
ปีการศึกษา 2566 การกึ่งด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) .....นามสกุล.....  
สาขาที่จะศึกษาอบรม..... วันที่.....ถึงวันที่.....
2. ชื่อ - นามสกุล ผู้รับรอง .....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 ๆ.....  
.....  
.....
4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงนาม.....  
วันที่.....