



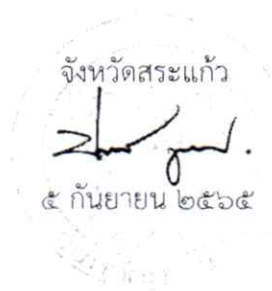
โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 4741
วันที่ 1 ก.ย 65
เวลา 08.27 น.

ที่ สก ๐๐๓๓.๐๐๗/ว ๒๓๗๑

ถึง โรงพยาบาลทุกแห่ง

พร้อมหนังสือนี้ จังหวัดสระแก้ว ขอส่งสำเนาหนังสือ ที่ สธ.๐๓๒๐/ ว ๓๘ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ เรื่องขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขา การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป



เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
- ☒ เพื่อโปรดพิจารณา
- ☒ เห็นควรมอบ ก.ย.๖๕
- ☐ อื่นๆ

15

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

07 ก.ย. 2565

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว  
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  
โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑-๔ ต่อ ๓๐๔



กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ  
 10072  
 20 มิ.ย. 2561  
 10.08

ที่ สก.ร.๒๖๖/๒๖๖

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู  
 สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
 ซอยบึงนครราตร ถนนติวานนท์  
 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติงบประมาณ ประจำปี ๒๕๖๑ สำหรับโครงการพยาบาลเฉพาะทาง  
 สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน /  
 สถานพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล สสจ.นั้น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ระเบียบสภานิสินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

เรื่อง ขออนุมัติงบอุดหนุนโครงการพยาบาลเฉพาะทาง ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสภานิสินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดจัดโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ  
 วัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีคุณวุฒิ มีความรู้ ในการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาล  
 ฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนมีจิตสำนึก และมีความรู้ความเข้าใจปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยในระยะถึง  
 เชียบพลัน (intermediate care) ไปจนถึงระยะสุดท้าย (end of life care) วันที่ ๑๖ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ถึง  
 วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๑ จำนวน ๑๖ คน

ในขณะนี้ สภานิสินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ  
 ในสังกัดของหน่วยงานราชการและเอกชน เข้าร่วมมีอัตราค่าลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)  
 สามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๑ อนึ่ง ค่าราชการสามารถเข้าร่วมอบรมได้  
 โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าเดินทาง ฯลฯ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับ  
 อนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจ กรุณากรอกรายละเอียดใบสมัคร และส่งไปยังภารกิจด้านการ  
 พยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ และสามารถ Download รายละเอียดของหลักสูตรได้ที่  
[www.snmri.go.th](http://www.snmri.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ท่านมีมติและให้ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรฯ  
 ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

นายแพทย์ สุวรรณ

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร ๐ ๒๕๖๑ ๕๕๕๕ ต่อ ๑๑๑๑

โทรสาร ๐ ๒๕๖๑ ๗๗๗๗

ผู้ประสานงาน คุณสุพรรณิการ์ แก้วตาบ / คุณกัญจน์รัตน์ เสือเหล็ก

10. 11. 1950

$\frac{d}{dt} \left( \frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$

၂၀၁၁ ခုနှစ် ဇွန်လ ၁ ရက်နေ့ ဝမ်းနာရောင်ရောင် ဝမ်းနာရောင်ရောင်

การดำเนินงานของภาพ นวัตกรรม 4 เดือน วันที่ 6 พ.ค.

၂၁ ဇွန် ၁၉၆၆ ရက်နေ့ ၁၀ နာရီ ၁၀ မိနစ်

ค่าเฉลี่ยของค่าเฉลี่ย 25.80, 0.565 และ 0.124

၁၃၂၂ ခုနှစ် ဇန်နဝါရီလ ၁၅ ရက်နေ့

$\frac{d}{dt} \left( \frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$


2000-00-00-00-00-00-00-00-00

45

57665

125

मि. सुख



(นางสาวกานต์ วิเศษ)

(นางสาวอรอนงค์ นาคะ)



ประกาศ สถาบันสรีรเพื่อการพัฒนาทรัพยากรทางการแพทย์แห่งชาติ  
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

สถาบันสรีรเพื่อการพัฒนาทรัพยากรทางการแพทย์แห่งชาติร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพวิชาชีพให้มีความรู้ ทักษะทักษะด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๘ สัปดาห์  
รุ่นที่ ๑๔ ระหว่างวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖  
สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน ๔๐ คน

**การรับสมัคร**

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

รับสมัครเฉพาะทาง ใบรณีย์ สหติ การกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีรเพื่อการพัฒนาทรัพยากร  
๘๘/๒๖ ซอยบำรุงราษฎร์ ตำบลตลาดขวัญ ย่านเอกเมือง  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕

**คุณสมบัติของผู้สมัคร**

ผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ต่อไปนี้

**คุณสมบัติทั่วไป**

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประพฤติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
๒. สุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บโรคที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๓. ต้องมีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้น ๆ เดิมเวลา

**คุณสมบัติเฉพาะ**

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

### เอกสารประกอบการสมัคร

๑. สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น ประกาศนียบัตร ปริญญาบัตรทางการพยาบาล จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหมั้น ใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (ถ้ามี)
๔. สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
๕. หนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด (กรณีที่ผ่านมาการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมแล้ว)

### การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี  
ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ  
เลขที่บัญชี ๓๐๘-๐-๒๕๑๕๙๔-๔ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

### หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรองความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน และอื่นๆ
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ถือเป็นขั้นสุดท้าย
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

### การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ [www.srinakharinraj.go.th](http://www.srinakharinraj.go.th) วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕

### การลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ – วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ โดยปฏิบัติดังนี้

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ เลขที่บัญชี ๓๐๘-๐-๒๕๑๕๙๔-๔ จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์แล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการเอกสารดังนี้
  - หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ - นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย โดยส่งข้อมูลได้ที่ E-mail: [toylovenurserehab2020@gmail.com](mailto:toylovenurserehab2020@gmail.com)

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์ การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ ภายในหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรม แล้ว สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาฯ จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

**ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม**

ภารกิจสำนักงานแพทย์ บ.๑ สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาฯ

โทร ๐ ๒๕๕๓ ๕๘๕๕ ค.อ. ๖๗๓๘

มือถือ คุณสุพรรณนิการ์ แวระธารณ ๐๘๖ ๖๘๘ ๐๖๒๖๓

มือถือ คุณยารีย์รัตน์ เดียวกิติ ๐๘๗ ๓๖๗๖ ๖๗๖๖

โทรสาร ๐ ๒๕๕๓ ๓๔๓๒

Email: ploylovenusserechao2020@gmail.com

กรุงเทพฯ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาฯ ผู้สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



(ฉท. 01)

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....  
สาขา.....การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถ  
รูปความพิการเฉพาะสาขา วิชา.....

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
รุ่นที่ 14 ปีการศึกษา 2566

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/อศ.....นามสกุล.....  
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Msx.....นามสกุล.....  
เกิด.....ปี.....เดือน.....ปี.....เกิดวัน.....เดือน.....ปี.....  
อายุ.....ปี.....เดือน.....ปี.....วัน.....ปี.....  
สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า ( ) หย่าร้าง ( ) หย่าร้าง ( )  
ชื่อย.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....  
E-mail.....  
เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  
สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....หน่วยงานแผนก/ดี.....  
เลขที่.....หมู่.....รอย.....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

5. เป้าหมายของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้ (ไประบุระบุเพื่อพิจารณาปรับเข้ามศึกษาต่อ)

[illegible]

4 ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน (โปรดระบุรายละเอียด / ประเภท / ลักษณะงาน / บริการการพยาบาล)

[illegible]

5. เป้าหมายของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้ (ไประบุระบุเพื่อพิจารณาปรับเข้ามศึกษาต่อ)

[illegible]



## 6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษายอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีรนครเพื่อการฟื้นฟูฯ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## 7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

ตำแหน่ง.....

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

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการศึกษาศึกษา 2566 สาขา..... การพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ

ตามหลักสูตรของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีรนครเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2566 ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) ..... นามสกุล.....  
สาขาที่จะศึกษาอบรม..... วันที่ ..... เดือน.....
2. ชื่อ - นามสกุล ผู้รับรอง ..... นามสกุล.....  
ตำแหน่ง..... สถานะที่ทำงาน.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

3. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

- 3.1 ความสามารถในการทํางาน ร่วมกับผู้บังคับบัญชา.....  
.....
- 3.2 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น / การตัดสินใจ / การแก้ปัญหา.....  
.....
- 3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาด้วยตัวคนเดียว.....  
.....
- 3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....  
.....
- 3.5 ความสามารถพิเศษอื่น ๆ.....  
.....

4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงนาม.....  
วันที่.....



**ชื่อหลักสูตร**

ภาษาอังกฤษ: Program of Nursing Specialty in Rehabilitation Nursing

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ชื่อย่อ : ป.การพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ

[illegible][illegible]

200

உயிரினங்களின் பரிணாம வளர்ச்சி

คำขวัญกรมราชทัณฑ์

ผู้ตรวจราชการ  
กรมการปกครอง

NSID 416: Advanced Health Assessment and Risk Management

แบบที่ ๓ หรือการ การประพันธ์ภาพในรูป การจะ มีคน มาเขียนด้วยปากและมือที่ถนัดกว่าคนเขียนโดยวิธี  
การวาดภาพ โดย มาจาก จิต สังคม และ วิญญาณ การประพันธ์ภาพโดยวิธีนี้ คือ การ ประพันธ์ภาพ  
โดยวิธีจิตนิยมภาพ และ การ ประพันธ์ภาพโดยวิธีจิตนิยม

พจน. ๕๑๒ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
NSD ๕๑๒ Rehabilitation Nursing  
คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด ทฤษฎี การพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะกลาง พยาธิสรีรวิทยา การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมองขาดเลือด การดูแลของเส้นประสาท ปวดชากระดูกและข้อ เนื้อเยื่อเสื่อมสภาพ การประเมินสภาพ การปฏิบัติการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูและแผนการทางการดูแลสุขภาพระยะฟื้นฟู การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ

พจน. ๕๑๓ การจัดการต่อเนื่องด้านการฟื้นฟูสภาพ  
NSD ๕๑๓ Continuing Management in Rehabilitation  
คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด แนวทางการจัดการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะกลาง พยาธิสรีรวิทยา การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพ การดูแลของเส้นประสาท ปวดชากระดูกและข้อ เนื้อเยื่อเสื่อมสภาพ การประเมินสภาพ การปฏิบัติการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูและแผนการทางการดูแลสุขภาพระยะฟื้นฟู การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ  
พจน. ๕๑๔ การส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ  
NSD ๕๑๔ Health Promotion and Preparation for Independent Living  
คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระของผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพ พยาธิสรีรวิทยา การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพ การดูแลของเส้นประสาท ปวดชากระดูกและข้อ เนื้อเยื่อเสื่อมสภาพ การประเมินสภาพ การปฏิบัติการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูและแผนการทางการดูแลสุขภาพระยะฟื้นฟู การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ

พจน. ๕๑๕ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน  
NSD ๕๑๕ Rehabilitation Nursing Practicum  
คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามทฤษฎีจิตสังคม จิตวิญญาณ ในผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพที่มีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (intermediate care) ใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถใช้สอยตนเองได้ การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพ การดูแลระยะฟื้นฟู การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ

พจน. ๕๑๖ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสภาพและการดำรงชีวิตอิสระ  
NSD ๕๑๖ Nursing Care for Independent Living Practicum  
คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสภาพและการดำรงชีวิตอิสระ การฟื้นฟูสุขภาพ การฟื้นฟูจิตใจ การฟื้นฟูสังคม การฟื้นฟูอาชีพ การฟื้นฟูการเรียนรู้และการดำรงชีวิต การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพ การดูแลระยะฟื้นฟู การประเมินสภาพ การจัดการภาวะสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ

ระยะเวลาการศึกษา ๔ เดือน (๑๗ สัปดาห์)  
คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม  
คุณสมบัติทั่วไป

- ๑ เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
- ๒ ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- ๓ มีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาขั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้เข้าศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้นๆ เดิมเวลา

คุณสมบัติเฉพาะ

- ๑ เป็นผู้ได้รับใบประกาศนียบัตรหรือใบปริญญาตรีในวิชาชีพการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พยาบาล หรือการพยาบาล และการจัดการสุขภาพ
- ๑ เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านความรู้ทางการแพทย์พื้นฐานและคนพิการที่มีความสามารถทางการเคลื่อนไหวและการเคลื่อนไหว
- ๑ เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการเคลื่อนไหวก่อนแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี
- ๑ เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนและการจัดการเรียนการสอน