



โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5000
วันที่ 19 ก.ย. 65
เวลา 14.21 น.

ที่ สก๐๐๓๓/ว ๒๕๖๓

ถึง โรงพยาบาล ทุกแห่ง

พร้อมหนังสือนี้ จังหวัดสระแก้ว ขอส่งหนังสือ ดังนี้

๑. หนังสือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่ สธ ๑๑๐๓.๐๑/๑๕๘๓ ลงวันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ เรื่องขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ข่าวการรับสมัครหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ ๓ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. หนังสือสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถนะทางการแพทย์แห่งชาติ ที่ สธ ๐๓๒๐/ว ๓๘ เรื่องขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน



เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรมอบ.....
☐ อื่นๆ

พจนินท์
20 กย. 65

(นายราเชษฎ์ เสงี่ยม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ
19 ก.ย. 2565

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๕ ต่อ ๓๐๖, ๓๐๗
โทรสาร ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๕ ต่อ ๑๐๐



สำนักงานการอุดมศึกษา
กรุงเทพฯ 10311
วันที่ 9 ก.ย. 2565
เวลา 11.31 น.

ที่ สร.๑๑๐๓.๐๑/ ๑๕๕๓

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
๒/๑ ถนนพญาไท เขตราชเทวี กทม. ๑๐๕๐๐

๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่ ๑๓ สก ๒๕๖๕
วันที่ ๑๑.๓๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ข่าวการรับสมัครหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ ๓

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดอื่นทุกแห่ง/ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ/ผู้อำนวยการสำนักงานมัย/ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์และหัวหน้าหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับประชาสัมพันธ์ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบสมัครสอบเข้าอบรมและหนังสือรับรองการปฏิบัติงาน จำนวน ๑ ชุด

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ จะเปิดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ซึ่งหลักสูตรดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล และผู้สำเร็จการอบรมสามารถได้รับคะแนนการศึกษาต่อเนื่องของสภาการพยาบาลจำนวน ๕๐ หน่วยคะแนน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ เห็นว่า การอบรมนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาความรู้ ความสามารถและศักยภาพทางด้านการพยาบาลฉุกเฉิน จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมการอบรมในหลักสูตรดังกล่าวโดยไม่มีถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายต่างๆ จากหน่วยงานต้นสังกัด โดยสมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารการสมัครได้ที่ www.bcn.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ข่าวการรับสมัครให้บุคลากรในสังกัดของท่านทราบโดยทั่วกัน จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน ผอ.สพ.บร.บ.
- อ.พ.บ. กรุงเทพฯ ขอความอนุเคราะห์
ประชาสัมพันธ์ข่าวการรับสมัครหลักสูตร
ฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา
การพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ ๓
- เพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการ
รพ. พญาไท

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจันทรเพ็ญ นิลวัชรณี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

ดำเนินเอกสาร

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

(ผู้ประสานงาน: ดร.จันทรเพ็ญ นิลวัชรณี โทร. ๐๘ ๙๗๙๘ ๗๑๐๒ อาจารย์จรูญ ตรีเมฆ โทร. ๐๘ ๒๕๕๔ ๗๐๐๓)

และ นางสาวจิตสุภา นิลประดิษฐ์ โทร. ๐๖ ๓๓๖๑ ๐๔๒๗)

โทร. ๐ ๒๓๕๔ ๘๒๔๑ ต่อ ๓๔๐๕ และ ๐ ๒๓๕๔ ๘๒๔๔

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๒๔๔

E-mail: bcnbangkok_as@bcn.ac.th

สำเนาเรียน รองผู้อำนวยการ/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

(นายไพรัชต์วิจิตร วิริยะภักพจน์)

บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดเขตสุขภาพที่ ๑๑

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขต



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
ใบสมัครสอบเข้าอบรม

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ 3

ชื่อ-นามสกุลผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ.....)
Name-Surname (Mr./Mrs./Ms./other.....)
จังหวัดที่เกิด.....ศาสนา.....เชื้อชาติ.....สถานะ() โสด () สมรส () อื่นๆระบุ.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....อายุ.....ปี
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่ติดต่อได้สะดวก).....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์(บ้าน).....
โทรศัพท์(มือถือ)..... E-mail.....
สถานที่ทำงาน.....กลุ่มงาน/แผนก.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....ประสบการณ์การทำงาน.....ปี.....เดือน
วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สถาบันการศึกษา.....ปีที่จบ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ☐ รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน สำหรับติดในใบสมัคร
*รูปถ่ายชุดข้าราชการ หรือชุดพยาบาลขาวเท่านั้น ไม่รับชุดครูสถาบัน
- ☐ สำเนาการโอนเงินค่าสมัคร 300 บาท เข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาเซ็นจูรี ประเวศบัญชีออมทรัพย์
ชื่อบัญชี วทบ.กรุงเทพ(ฝึกอบรมระยะสั้น) เลขที่ 481-0-02092-4 ชำระภายในวันที่ 1 ธันวาคม 2565
- ☐ สำเนาปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตร
- ☐ สำเนารายงานผลการเรียน (Transcript)
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ วันที่หมดอายุ (โปรดระบุ)วันที่.....
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน
- ☐ เอกสารอื่น (ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี)

หมายเหตุ 1) ผู้สมัครจะต้องส่งหลักฐานการสมัครพร้อมสำเนาการชำระค่าสมัครให้วิทยาลัยฯ ทาง E-mail:

bcnbangkok_as@bcn.ac.th ภายในเวลา 16.00 น.ของวันที่ 1 ธันวาคม 2565

2) ผู้ผ่านการคัดเลือก ต้องนำหลักฐานการสมัครตัวจริงพร้อมหลักฐานการโอนเงิน ส่งให้วิทยาลัยฯ ในวันรายงานตัวเข้าอบรม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองรับการปฏิบัติงาน

สำหรับผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมมหาราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
สังกัด กรม.....กระทรวง.....
ผู้บังคับบัญชา ของ นาย/นาง/นางสาว(ผู้สมัคร).....
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
จังหวัด.....สังกัด กรม.....กระทรวง.....
โดยปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เป็นเวลาทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน(นับถึงวันที่ยื่นใบสมัคร)
สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาขึ้นต้นในหน่วยงานเป็นผู้ลงนามรับรองการปฏิบัติงาน เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน/กลุ่มงาน เป็นต้น

ค่าลงทะเบียนนิสิตอบรมตลอดหลักสูตร

จำนวน 65,000 บาท (หกหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

หมายเหตุ: ไม่รวมค่าเดินทาง ค่าที่พัก และเบี้ยเลี้ยง

ในการอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

หมายเหตุ กรณีที่มีจำนวนผู้ลงทะเบียนเข้าอบรมไม่ถึง 40 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร ขอสงวนสิทธิ์ ไม่เปิดการอบรม โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบต่อไป

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

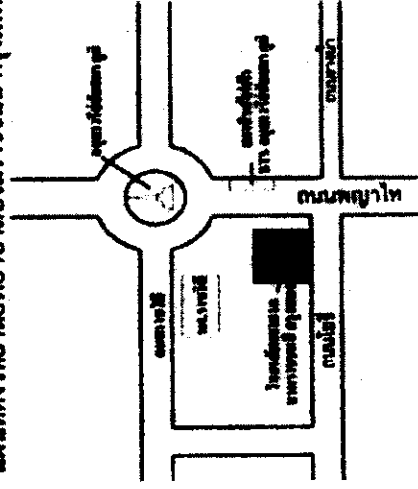
ดร.จันทพรพิชญ์ นิตวีระฉายี โทร. 08 9798 7102

อาจารย์จรูญ ศรีมีชัย โทร. 08 6979 5303

คุณจิตยุภา นิตประสิทธิ์ โทร. 06 3361 0427

(ตามวันและเวลาราชการ)

แผนที่ตั้งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร



หลักฐานประกอบการสมัคร

1. ใบสมัครตามแบบของวิทยาลัยฯ

2. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

สำหรับติดใบสมัคร

3. สำเนาการโอนเงินค่าสมัครเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย

สาขาสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

4. สำเนาปริญญาบัตรหรือประกาศนียบัตร

5. สำเนารายงานผลการเรียน (Transcript)

6. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ที่ไม่หมดอายุ

7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

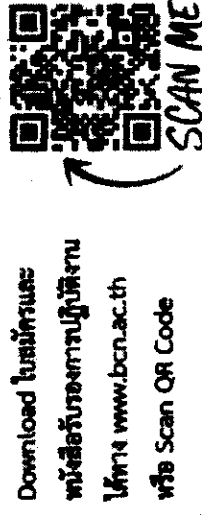
8. หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

9. เอกสารอื่น (ในเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี)

หมายเหตุ 1) ผู้สมัครจะต้องส่งหลักฐานการสมัครพร้อม
สำเนาการชำระค่าสมัครให้วิทยาลัยฯ ทาง E-mail:
bcbangkok_as@bcbn.ac.th ภายในเวลา 16.00 น. ของ
วันที่ 1 ธันวาคม 2565

2) ผู้ผ่านการคัดเลือก ต้องนำหลักฐานการสมัครตัว
จริงพร้อมหลักฐานการเงิน ส่งให้วิทยาลัยฯ ภายในรายงานตัว
เข้าอบรม

ทั้งนี้ วิทยาลัยฯ จะไม่คืนหลักฐานการสมัครและค่าสมัครในทุก
กรณี



Download ใบสมัครและ

หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

ได้ที่ www.bcbn.ac.th

หรือ Scan QR Code



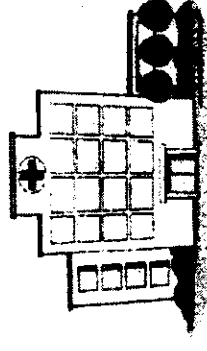
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

Boromrajavidyalaya College of Nursing, Bangkok

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

รุ่นที่ 3

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม 2566



หลักสูตรนี้ได้รับการรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง
จากทบวงการศึกษาสงเคราะห์จากสภาการพยาบาล
50 หน่วยคะแนน

หลักการและเหตุผล

การเจ็บป่วยฉุกเฉินจากการได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุ ภัยพิบัติ โรค หรือการเป็นพิษ เป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง และฉับพลัน เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต การช่วยเหลือผู้ที่ประสบกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทันเวลาจะมีโอกาสรอดชีวิตและเกิดการสูญเสียน้อยที่สุด จำเป็นต้องมีชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีขีดความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นสูง โรงพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินเป็นบุคลากรหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital phase) ในแผนกฉุกเฉิน (Emergency Department) และในการส่งต่อ (Referral) ไปยังหน่วยรักษาที่มีขีดความสามารถเหมาะสม จะสามารถให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจงปลอดภัย และมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ในฐานะเป็นสถาบันผลิตและพัฒนาบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลเลิดสิน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ มีศูนย์กู้ชีพรับแจ้งเหตุและส่งการมีบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาลที่มีสมรรถนะความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จึงได้ร่วมกันจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ให้กับพยาบาลที่ประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีความรู้ ความสามารถในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ภาวะฉุกเฉินอยู่แล้ว ได้พัฒนาและเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ และ

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 4 มิติ ได้แก่ สมรรถนะทางกฎหมายและจริยธรรมในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน สมรรถนะทางคลินิกในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล สมรรถนะการสื่อสาร รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และศักยภาพทางด้านพยาบาลฉุกเฉิน
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการอบรมได้มี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
3. สามารถประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ / อาจารย์พยาบาล และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
2. มีประสบการณ์การทำงาน / การสอนที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 2 ปี

จำนวนที่รับเข้าอบรม: 50 คน

ระยะเวลาอบรม: ระหว่างวันที่ 1 ก.พ. - 31 พ.ค. 2566
หมายเหตุ การเรียนการสอนไม่ได้หยุดตามวันและเวลาราชการ ขึ้นอยู่กับวิทยาลัยฯกำหนดตามความเหมาะสมของหลักสูตร

กำหนดการและขั้นตอนการรับสมัคร

เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2565

1. ผู้สมัครสามารถ Download ใบสมัครและหนังสือรับรองการปฏิบัติงานได้ที่ www.bcn.ac.th

2. ชำระเงินค่าสมัคร 300 บาท เข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิอนาราชินี ซี่งบัญชี วทบ.กรุงเทพ(ฝึกอบรมระยะสั้น) บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 481-0-02092-4 ชำระภายในวันที่ 1 ธันวาคม 2565

3. ส่งหลักฐานการสมัครพร้อมสำเนาการชำระเงินค่าสมัคร ให้วิทยาลัยภายในเวลา 16.00 น.ของวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ทาง E-mail: bcnbangkok_as@bcn.ac.th

4. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียนและสอบสัมภาษณ์

วันที่ 8 ธันวาคม 2565 ทาง www.bcn.ac.th

5. สอบข้อเขียน และสัมภาษณ์

วันที่ 17 ธันวาคม 2565 ตั้งแต่เวลา 08.00 น.

6. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

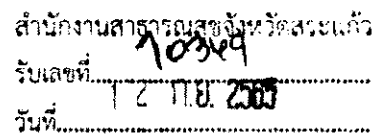
วันที่ 21 ธันวาคม 2565 ทาง www.bcn.ac.th

7. ยืนยันเข้ารับการอบรมและโอนเงินค่าลงทะเบียน

วันที่ 21 ธันวาคม 2565 - 16 มกราคม 2566

8. รายงานตัวเข้ารับการอบรมพร้อมส่งหลักฐานการสมัครฉบับจริง รูปถ่าย 3 รูป และหนังสือส่งตัวเข้ารับการอบรมจากต้นสังกัด ในวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566





สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนา
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ขอยืมบัตรคนราตร ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่ 1197
นำออกเฉพาะทาง 3 สด 2555
วันที่ 01.30
เวลา

ศึกษาการสาธารณสุขเพื่อช่วยเหลือ (ในการบริการทางวิชาการ)
ประกอบด้วยการสอน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ให้สอน



ทางร่างกาย ด้านร่างกาย จิต สังคม และวิญญาณ การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเฉพาะทาง การวินิจฉัย การตัดสินใจทางคลินิก และการบำบัดรักษา และการป้องกันและการประเมินภาวะสุขภาพ

พจน ๕๓๒ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ
NSID ๕๓๒ Rehabilitation Nursing

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด ทฤษฎี การพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะกลาง พยาธิสรีรวิทยา การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (ในกลุ่มโรค โรคหลอดเลือดสมอง สมอของแขนขา การบาดเจ็บของไขสันหลัง ปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อเนื้อเยื่อตามวัย) การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติงานประจำวันของผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่มีส่วนร่วมและไม่ไร้ความสามารถ การจัดการการดูแลร่วมกันกับสหวิชาชีพ

พจน ๕๓๓ การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา
NSID ๕๓๓ Continuing Management in Rehabilitation

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด ผลลัพธ์การจัดการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) การจัดการระบบสุขภาพ (Care management) การให้บริการ การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวและชุมชน การฟื้นฟูสภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน การจัดการทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ (Resource management) การเลือกใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมและการแพทย์ทางเลือก ด้านการฟื้นฟูสภาพ เครื่องช่วยการจัดการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องและอื่น การส่งเสริมคุณภาพชีวิต

พจน ๕๔๑ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
NSID ๕๔๑ Health Promotion and Prevention for the Elderly

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระของผู้ป่วยและคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระยะกลาง การส่งเสริมการจัดการตนเอง บทบาทพยาบาลและทีมสุขภาพ ในการจัดให้มีการดำเนินชีวิตอิสระ การฝึกทักษะชีวิตและทักษะการดำรงชีวิต การสร้างพลังชีวิต การแลกเปลี่ยนการดำรงชีวิตอิสระในสังคม การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในสังคม การวางแผนชีวิตและโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระยะกลาง

พจน ๕๔๒ การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา
NSID ๕๔๒ Rehabilitation Management

คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในผู้ป่วย/คนพิการที่มีความบกพร่องหรือทางร่างกาย ระยะกลาง (Intermediate care) ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม การวางแผนการจำหน่าย การส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง การจัดการร่วมกับสหวิชาชีพและทีมสุขภาพ

พจน ๕๔๓ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
NSID ๕๔๓ Nursing Care for Independent PMH/Pragmatic

คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงชีวิตอิสระ การฝึกทักษะชีวิตและทักษะการดำรงชีวิต การสร้างพลังชีวิต การแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดำรงชีวิตอิสระ การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การวางแผนชีวิต กิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเฉพาะราย

ระยะเวลาการศึกษา ๔ เดือน (๑๗ สัปดาห์)

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

คุณสมบัติทั่วไป

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
๒. ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๓. มีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจาก

ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้นๆ เติมนเวลา

คุณสมบัติเฉพาะ

๑. เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรหรือปริญญาบัตรในวิชาชีพการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาล
๒. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก



ประกาศ สถาบันสรีนธเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

สถาบันสรีนธเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางการแพทย์แห่งชาติร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ 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

รับสมัครเฉพาะทาง ไปรษณีย์ ส่งที่ การกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนธเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ๘๘/๒๖ ซอยบาราคนาครู ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ต่อไปนี้

คุณสมบัติทั่วไป

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
๒. สุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๓. ต้องมีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้น ๆ เติมเวลา

คุณสมบัติเฉพาะ

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาลที่ไม่หมดอายุ
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 หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (ถ้ามี)
๔. สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
๕. หนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด (กรณีที่ผ่านมาการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมแล้ว)

การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี
ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ
เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๖๕๑๕๔-๔ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

หลักเกณฑ์การพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยการพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน และอื่นๆ
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ถือเป็นขั้นสุดท้าย
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ www.srintri.go.th วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕

การลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ - วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ โดยปฏิบัติดังนี้

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๖๕๑๕๔-๔ จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการเอกสารดังนี้
 - หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ - นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย โดยส่งข้อมูลได้ที่ E-mail: poylovenurserehab2020@gmail.com

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่า

สละสิทธิ์ การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ ภายหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรม แล้ว สถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

โทร ๐ ๒๕๔๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๘

มือถือ คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม ๐๘๙ ๑๒๘ ๐๖๖๙

มือถือ คุณอารีย์รัตน์ เผือกฟัก ๐๘๗ ๓๖๘ ๖๗๗๙

โทรสาร ๐ ๒๕๔๑ ๓๙๑๒

Email: ploylovenurserehab2020@gmail.com

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



(จท. 01)

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....

สาขา.....การพยาบาลทันตสุขภาพ.....

ระบุมหาวิทยาลัย(เฉพาะสาขาปริศยากรรม).....

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
รุ่นที่ 14 ปีการศึกษา 2566

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

3. ประวัติการปฏิบัติงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

[illegible]

4. ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน (โปรดระบุรายละเอียด / ประเภท / ลักษณะงาน / บริการทางการแพทย์)

[illegible]

5. เป้าหมายของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้ (ไประบุระบุเพื่อพิจารณารับเข้ามาศึกษาต่อ)

1. **Introduction**
 2. **Background**
 3. **Methodology**
 4. **Results**
 5. **Discussion**
 6. **Conclusion**
 7. **References**
 8. **Appendix**
 9. **Figure 1**
 10. **Figure 2**
 11. **Figure 3**
 12. **Figure 4**
 13. **Figure 5**
 14. **Figure 6**
 15. **Figure 7**
 16. **Figure 8**
 17. **Figure 9**
 18. **Figure 10**
 19. **Figure 11**
 20. **Figure 12**
 21. **Figure 13**
 22. **Figure 14**
 23. **Figure 15**
 24. **Figure 16**
 25. **Figure 17**
 26. **Figure 18**
 27. **Figure 19**
 28. **Figure 20**
 29. **Figure 21**
 30. **Figure 22**
 31. **Figure 23**
 32. **Figure 24**
 33. **Figure 25**
 34. **Figure 26**
 35. **Figure 27**
 36. **Figure 28**
 37. **Figure 29**
 38. **Figure 30**
 39. **Figure 31**
 40. **Figure 32**
 41. **Figure 33**
 42. **Figure 34**
 43. **Figure 35**
 44. **Figure 36**
 45. **Figure 37**
 46. **Figure 38**
 47. **Figure 39**
 48. **Figure 40**
 49. **Figure 41**
 50. **Figure 42**
 51. **Figure 43**
 52. **Figure 44**
 53. **Figure 45**
 54. **Figure 46**
 55. **Figure 47**
 56. **Figure 48**
 57. **Figure 49**
 58. **Figure 50**
 59. **Figure 51**
 60. **Figure 52**
 61. **Figure 53**
 62. **Figure 54**
 63. **Figure 55**
 64. **Figure 56**
 65. **Figure 57**
 66. **Figure 58**
 67. **Figure 59**
 68. **Figure 60**
 69. **Figure 61**
 70. **Figure 62**
 71. **Figure 63**
 72. **Figure 64**
 73. **Figure 65**
 74. **Figure 66**
 75. **Figure 67**
 76. **Figure 68**
 77. **Figure 69**
 78. **Figure 70**
 79. **Figure 71**
 80. **Figure 72**
 81. **Figure 73**
 82. **Figure 74**
 83. **Figure 75**
 84. **Figure 76**
 85. **Figure 77**
 86. **Figure 78**
 87. **Figure 79**
 88. **Figure 80**
 89. **Figure 81**
 90. **Figure 82**
 91. **Figure 83**
 92. **Figure 84**
 93. **Figure 85**
 94. **Figure 86**
 95. **Figure 87**
 96. **Figure 88**
 97. **Figure 89**
 98. **Figure 90**
 99. **Figure 91**
 100. **Figure 92**
 101. **Figure 93**
 102. **Figure 94**
 103. **Figure 95**
 104. **Figure 96**
 105. **Figure 97**
 106. **Figure 98**
 107. **Figure 99**
 108. **Figure 100**
 109. **Figure 101**
 110. **Figure 102**
 111. **Figure 103**
 112. **Figure 104**
 113. **Figure 105**
 114. **Figure 106**
 115. **Figure 107**
 116. **Figure 108**
 117. **Figure 109**
 118. **Figure 110**
 119. **Figure 111**
 120. **Figure 112**
 121. **Figure 113**
 122. **Figure 114**
 123. **Figure 115**
 124. **Figure 116**
 125. **Figure 117**
 126. **Figure 118**
 127. **Figure 119**
 128. **Figure 120**
 129. **Figure 121**
 130. **Figure 122**
 131. **Figure 123**
 132. **Figure 124**
 133. **Figure 125**
 134. **Figure 126**
 135. **Figure 127**
 136. **Figure 128**
 137. **Figure 129**
 138. **Figure 130**
 139. **Figure 131**
 140. **Figure 132**
 141. **Figure 133**
 142. **Figure 134**
 143. **Figure 135**
 144. **Figure 136**
 145. **Figure 137**
 146. **Figure 138**
 147. **Figure 139**
 148. **Figure 140**
 149. **Figure 141**
 150. **Figure 142**
 151. **Figure 143**
 152. **Figure 144**
 153. **Figure 145**
 154. **Figure 146**
 155. **Figure 147**
 156. **Figure 148**
 157. **Figure 149**
 158. **Figure 150**
 159. **Figure 151**
 160. **Figure 152**
 161. **Figure 153**
 162. **Figure 154**
 163. **Figure 155**
 164. **Figure 156**
 165. **Figure 157**
 166. **Figure 158**
 167. **Figure 159**
 168. **Figure 160**
 169. **Figure 161**
 170. **Figure 162**
 171. **Figure 163**
 172. **Figure 164**
 173. **Figure 165**
 174. **Figure 166**
 175. **Figure 167**
 176. **Figure 168**
 177. **Figure 169**
 178. **Figure 170**
 179. **Figure 171**
 180. **Figure 172**
 181. **Figure 173**
 182. **Figure 174**
 183. **Figure 175**
 184. **Figure 176**
 185. **Figure 177**
 186. **Figure 178**
 187. **Figure 179**
 188. **Figure 180**
 189. **Figure 181**
 190. **Figure 182**
 191. **Figure 183**
 192. **Figure 184**
 193. **Figure 185**
 194. **Figure 186**
 195. **Figure 187**
 196. **Figure 188**
 197. **Figure 189**
 198. **Figure 190**
 199. **Figure 191**
 200. **Figure 192**
 201. **Figure 193**
 202. **Figure 194**
 203. **Figure 195**
 204. **Figure 196**
 205. **Figure 197**
 206. **Figure 198**
 207. **Figure 199**
 208. **Figure 200**
 209. **Figure 201**
 210. **Figure 202**
 211. **Figure 203**
 212. **Figure 204**
 213. **Figure 205**
 214. **Figure 206**
 215. **Figure 207**
 216. **Figure 208**
 217. **Figure 209**

6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้น
ทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของกลุ่ม
ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

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

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....
ตำแหน่ง.....
ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร 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 สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
 ปีการศึกษา 2566 ภารกิจด้านการพยาบาล 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 / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....

 - 3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....

 - 3.5 ความสามารถพิเศษอื่น ๆ.....

4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....

ลงนาม.....

วันที่.....