



ติดภาพผู้สมัคร

ขนาด 1 นิ้ว

หน้าตรง

ไม่สวมแว่น

ใบสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

(Program of Nursing Specialty in Emergency Nurse Practitioner)

ดำเนินการโดย

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ร่วมกับ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี นครราชสีมา

เขียนวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ชื่อภาษาไทย () นาย () นาง () นางสาว.....นามสกุล.....(ตัวบรรจง)

ชื่อภาษาอังกฤษ () Mr. () Mrs. () Miss..... (ตัวพิมพ์ใหญ่)

นามสกุลก่อนสมรส.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อายุ.....ปี(เต็ม)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - - -

การศึกษาพยาบาลและการศึกษาขั้นสูงสุดที่สำเร็จ

ประกาศนียบัตรหรือพยาบาลศาสตรบัณฑิต.....เมื่อ พ.ศ.

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขา.....เมื่อ พ.ศ.

ปริญญา โท เอก สาขา.....เมื่อ พ.ศ.

หลักฐานวิชาชีพพยาบาล

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....หมดอายุ เมื่อ

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลฉุกเฉิน

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail.....

สถานที่ปฏิบัติงาน

ปฏิบัติงาน(แผนก).....

โรงพยาบาล/สถาบัน.....

เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์สำนักงาน..... โทรสาร.....

บุคคลที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน..... โทรศัพท์.....

หลักฐานการสมัคร

รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 4 รูป (ชุดพยาบาล/ชุดข้าราชการ)

สำเนาประกาศนียบัตรหรือพยาบาลศาสตรบัณฑิต

สำเนาศึกษาต่อยอด (เฉพาะทาง/ป.โท/ป.เอก) จำนวน ใบ

สำเนาผลการศึกษายาบาลศาสตรบัณฑิต /ใบ transcript

สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

รุ่นที่ประสงค์เข้าอบรม รุ่นที่ 1 เริ่มอบรม 30 พ.ย. 58 รุ่นที่ 2 เริ่มอบรม 16 พ.ค. 59 รุ่นใดก็ได้

ค่าสมัคร 300 บาท ให้ผู้สมัครโดยการโอนค่าสมัคร เข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขาอุบลราชธานี รหัสสาขา 313 ชื่อบัญชี“โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์” เลขที่บัญชี 313-1-10162-8 และแนบหลักฐานการโอนเงินฉบับจริงส่งพร้อมใบสมัคร (กรุณาสำเนาการโอนเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

ค่าลงทะเบียน จำนวน 65,000 บาท (หกหมื่นห้าพันบาทถ้วน) **ชำระหลังจากประกาศผลการคัดเลือก** รายละเอียดตามแผ่นประชาสัมพันธ์

คุณสมบัติในเฉพาะ

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมฯ โดยทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ดังนี้

สถานที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ER

EMD

Pre-hospital

Refer

อื่นๆระบุ.....

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล

ปัจจุบันปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉินโดยเฉพาะ ไม่น้อยกว่า 2 ปี

เป็นผู้มีความประพฤติดี ประสิทธิภาพการทำงานดี และได้รับอนุมัติลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชา

มีสุขภาพสมบูรณ์ไม่เป็นโรคอันจะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและฝึกปฏิบัติ

ไม่อยู่ระหว่างตั้งครุฑ (เพศหญิง)

ยินยอมรับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและยอมรับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ

งบประมาณการอบรม ต้นสังกัดสนับสนุนค่าลงทะเบียน สนับสนุนค่าที่พัก เดินทาง จ่ายเอง.....

เงื่อนไขการเข้ารับการฝึกอบรม

หากได้รับเลือกเข้ารับการฝึกอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินแล้ว ข้าพเจ้า ยอมรับและปฏิบัติตนในการฝึกอบรม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่เลือก ดังนี้

- 1) สามารถหาที่พักและเดินทางระหว่างการเรียนรู้ได้เอง
- 2) สามารถเรียนวันหยุดนักขัตฤกษ์ และวันเสาร์ อาทิตย์ ได้
- 3) สามารถขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า หรือเวรบ่าย หรือเวรดึกได้
- 4) สามารถปฏิบัติงานในแหล่งฝึกปฏิบัติ ได้แก่ ศูนย์Dispatch โรงพยาบาล รถพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนได้
- 5) สามารถปฏิบัติตามระเบียบ/ข้อบังคับที่สถานศึกษากำหนดอย่างเคร่งครัด
- 6) เข้ารับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของระยะเวลาการศึกษาทั้งหมด
- 7) ฝึกปฏิบัติและรายงานผลตามที่หลักสูตรกำหนด โดยมีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่า 420 ชั่วโมง
- 8) ตั้งใจฝึกอบรมเพื่อให้ได้เกรดเฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 2.5

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า.....ยอมรับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามข้อ 1 –8 ได้

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

****หมายเหตุ:** กรอกรายละเอียดตัวบรรจง ลงลายมือชื่อ แนบเอกสารการรับสมัครและหนังสือรับรอง รายละเอียดการส่งใบสมัคร

- ผู้สมัครทุกท่านต้องส่งใบสมัครฯ ทางไปรษณีย์ โดยเจ้าหน้าที่ของดังนี้
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ENP)
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
เลขที่ 122 ถนนสรรพสิทธิ์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

แต่หากเกรงว่าจะส่งไม่ทันตามกำหนดอนุญาตให้ Scan ใบสมัคร หลักฐานการสมัคร และหนังสือรับรอง (ไฟล์ต้องชัดเจน) ส่งก่อนได้ทางเมลล์ E-mail: enp6ubon@gmail.com ผู้ที่ส่งทางเมลล์ต้องส่งตัวจริงตามมาทางไปรษณีย์อีกครั้ง มิฉะนั้นถือว่าการสมัครไม่สมบูรณ์

หมดเขตการรับสมัคร วันที่ 9 ตุลาคม 2558