



ใบสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน
(Program of Nursing Specialty in Emergency Nurse Practitioner)

ดำเนินการโดย

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ร่วมกับ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

เขียนวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

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

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

นามสกุลก่อนสมรส.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน - - - -

การศึกษาพยาบาลขั้นสูงสุดที่สำเร็จ

ประกาศนียบัตรหรือปริญญา.....เมื่อ พ.ศ.

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขา.....เมื่อ พ.ศ.

อนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร.....เมื่อ พ.ศ.

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....หมดอายุเมื่อ

ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....

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

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

สถานที่ทำงาน.....เลขที่.....ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์สำนักงาน..... E-mail.....

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

หลักฐานการสมัคร

- รูปถ่าย 1 หรือ 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ชุดพยาบาล/ชุดข้าราชการ)
- สำเนาปริญญาบัตร
- สำเนาผลการศึกษายาบาลศาสตรบัณฑิต /ใบ transcript
- สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือ บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
- ค่าลงทะเบียน จำนวน 45,000 บาท (สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน)

ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมฯ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ดังนี้

- เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาล
- มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและฉุกเฉิน โดยเฉพาะ ไม่น้อยกว่า 2 ปี
- เป็นผู้มีความประพฤติดี ประพฤติการทำงานดี และได้รับอนุปริญญาต่อจากผู้บังคับบัญชา
- มีสุขภาพสมบูรณ์ไม่เป็นโรคอันจะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและฝึกปฏิบัติ ไม่อยู่ระหว่างตั้งครุฑ
- ยินดีเข้ารับการสอบคัดเลือกและยอมรับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ

หากได้รับเลือกเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินแล้ว ข้าพเจ้ายอมรับและปฏิบัติตนในการฝึกอบรมดังนี้

1. ปฏิบัติตามระเบียบ/ข้อบังคับที่สถานศึกษากำหนดอย่างเคร่งครัด
2. เข้ารับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ของระยะเวลาการศึกษาทั้งหมด
3. ฝึกปฏิบัติตามที่หลักสูตรกำหนด โดยมีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่า 420 ชั่วโมง
4. ตั้งใจฝึกอบรมเพื่อให้ได้เกรดเฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่ต่ำกว่า 2.5

ทั้งนี้ ข้าพเจ้า.....ยอมรับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามข้อ 1 –4 ได้

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

(กรอกรายละเอียด ลงลายมือชื่อ แล้วส่งพร้อมเอกสารมาที่ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี)