****

รูปถ่าย

ขนาด2x3

ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

**ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่) รุ่นที่ 16**

**ระหว่างวันที่ 10 กุมภาพันธ์–29 พฤษภาคม 2563**

**ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**คำชี้แจง :** โปรดกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเองในการรับการพิจารณาคัดเลือก

-------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) (กรุณาเขียนตัวบรรจง) ............................................................ (ชื่อเดิม ถ้ามี)...........................................................

นามสกุล.................................................. (นามสกุลเดิม ถ้ามี)..................................**วัน เดือน ปีเกิด**...................................... **อายุ** .............ปี

ตำแหน่ง........................................... ................................................................

กรณีท่านเป็นศิษย์เก่า คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รุ่นที่...... พย .บ. พย.ม. ปร.ด. อื่นๆ...........

**ที่อยู่ปัจจุบัน** เลขที่..................................หมู่ที่.............หมู่บ้าน............................................ตรอก/ซอย............................................................

ถนน........................................ตำบล............................................อำเภอ.................................................จังหวัด.......................................................

รหัสไปรษณีย์..................................................โทรศัพท์บ้าน........................................................โทรสาร...............................................................

โทรศัพท์มือถือ.......................................................................... E-mail Address:………………………………………………………………………...…

**สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน** .................................................................เลขที่.....................หมู่ที่..................ตรอก/ซอก.........................................

ถนน.................................................ตำบล.................................................อำเภอ................................................จังหวัด..........................................

รหัสไปรษณีย์............................................โทรศัพท์ที่ทำงาน.............................................................โทรสาร..........................................................

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ...........................................................................เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล ............................................

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก) ..............................................................................................................................................................

2. ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| คุณวุฒิ | | ปี พ.ศ. ที่จบ | ชื่อสถานที่ศึกษา |
| 2.1 |  |  |  |
| 2.2 |  |  |  |
| 2.3 |  |  |  |

3.ประวัติการอบรมระยะสั้น (ระยะเวลา 4 เดือน)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | คุณวุฒิ | ปี พ.ศ. ที่จบ | | ชื่อสถานที่ศึกษา |
| 3.1 |  |  |  | |
| 3.2 |  |  |  | |
| 3.3 |  |  |  | |

4. ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)

4.1 ตำแหน่ง...........................................หอผู้ป่วย......................................................................................พ.ศ ………...….

4.2 ตำแหน่ง...........................................หอผู้ป่วย......................................................................................พ.ศ ……………

4.3 ตำแหน่ง...........................................หอผู้ป่วย......................................................................................พ.ศ …….……...

5. ความสามารถพิเศษ

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

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

6. สถานที่พักระหว่างการอบรม

( ) พักในหอพักนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(โทรศัพท์ 0-4320-2559)  
 ( ) หาที่พักเอง

7. รายละเอียดหอผู้ป่วยที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ โปรดระบุข้อข้อมูลในช่องว่างต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายละเอียด | ข้อมูล |
| 1. จำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยวิกฤต |  |
| 2. สัดส่วนพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางวิกฤตต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด |  |

8. ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม

8.1 ..........................................................................................................................................................................

8.2 ..........................................................................................................................................................................

8.3 ..........................................................................................................................................................................

8.4 ..........................................................................................................................................................................

8.5 ..........................................................................................................................................................................

9 . ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้ารับการอบรมในหลักสูตรการพยาบาล

เฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการ หรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

(ลงชื่อ) .................................................................................................. ผู้สมัคร

(................................................................................................)

(ตำแหน่ง) .................................................................................................

วันที่ ................... เดือน ................................................... พ.ศ. ................

10. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..............................................นามสกุล........................................... ตำแหน่ง.............................

ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว........................................นามสกุล............................................ตำแหน่ง.............................

มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วนทุกประการ และอนุมัติให้บุคคลดังกล่าวมาเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล

ผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่)รุ่นที่ 16  **ระหว่างวันที่ 10 กุมภาพันธ์–29 พฤษภาคม 2563** ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กรุณาระบุข้อข้อมูลของหน่วยงานท่านในช่องว่างต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายละเอียด | ข้อมูล |
| 1. ขนาดของโรงพยาบาล |  |
| 2. จำนวนหอผู้ป่วยวิกฤต |  |
| 3. สัดส่วนพยาบาลที่อบรมเฉพาะทางวิกฤตต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด |  |

เหตุผลและความจำเป็นของหน่วยงานที่ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในครั้งนี้.....................................................................

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

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

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

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

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

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

(ลงชื่อ) ......................................................................................................

(..................................................................................................)

(ตำแหน่ง) ................................................................................................

วันที่ ................... เดือน ............................................. พ.ศ. ..................

**หมายเหตุ : การชำระเงินค่าลงทะเบียน**

**ภายหลังจากที่ทางคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับอบรมแขวนทางเว็ปไซต์**

**คณะฯ พร้อมทำหนังสือแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้บังคับบัญชาและเจ้าตัวทราบเบื้องต้นแล้ว ขอให้ท่านดำเนินการชำระเงิน ค่าลงทะเบียน**

**คนละ 50,000 บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถือว่าท่านสละสิทธิ์ ไม่เข้ารับการอบรมใน**

**ครั้งนี้ ช่องทางการชำระเงิน**

**1) ชำระเงินสด ได้ที่ งานบริการวิชาการ ชั้น 1 อาคาร 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ**

**2) โอนเงินเข้าบัญชีเดินสะพัด ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น**

**ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ขอนแก่น (รับชำระค่าใช้จ่าย) เลขที่ 551-3-02217-7**

***(ทั้งนี้ ขอให้ผู้สมัครหรือผู้รับผิดชอบโอนเงินภายในระยะเวลาที่กำหนดเท่านั้น หากเกินระยะเวลาที่กำหนดไว้ขอให้ติดต่อโดยตรงได้ที่***

***คุณฉวีวรรณ วันสาสืบ โทรศัพท์ 043-202435)***

**หมายเหตุ : พร้อมส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงิน เขียนชื่อ-สกุล ของผู้เข้ารับการอบรมให้ชัดเจน เพื่อใช้ประกอบการตรวจสอบการชำระเงินค่าลงทะเบียน ส่งทางโทรสาร 043-202435 หรือ e-mai :** [**cjeree@kku.ac.th**](mailto:cjeree@kku.ac.th)**,** [**suntiya@kku.ac.th**](mailto:suntiya@kku.ac.th)**,** [**wchawe@kku.ac.th**](mailto:wchawe@kku.ac.th)

**และ** [**kanokon@kku.ac.th**](mailto:kanokon@kku.ac.th) **สำหรับใบเสร็จรับเงินติดต่อรับได้ในวันลงทะเบียน** (**ทางคณะฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนในทุกกรณี)**

**หมายเหตุ :** เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 4. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)