****

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****,** **suntiya@kku.ac.th****,** **wchawe@kku.ac.th**

**และ** **kanokon@kku.ac.th** **สำหรับใบเสร็จรับเงินติดต่อรับได้ในวันลงทะเบียน** (**ทางคณะฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนในทุกกรณี)**

**หมายเหตุ :** เอกสารประกอบการสมัคร

 1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 4. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)