****

รูปถ่าย

ขนาด2x3

ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

**ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**

**สาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ 2**

 **ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ - 26 มิถุนายน 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.

 **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 | .............................................................................................. | .......................... | ................................................................ |
| 2.4 | ............................................................................................ | .......................... | ............................................................... |
| 2.5 | ............................................................................................. | .......................... | ................................................................. |

3.ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)

 3.1 ตำแหน่ง........................................................หอผู้ป่วย..............................................................พ.ศ....................................................

 3.2 ตำแหน่ง........................................................หอผู้ป่วย..............................................................พ.ศ................................................

 3.3 ตำแหน่ง......................................................หอผู้ป่วย..................................................................พ.ศ.............................................

4. ความสามารถพิเศษ.............................................................................................................................................................................

5. ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยปัจจุบัน ......... ปี ( ) NICU ( ) PICU ( ) ICU รวมเด็กผู้ใหญ่ ( ) หอผู้ป่วยเด็กรวม

6. สถานที่พักระหว่างการอบรม

 ( ) พักในหอพักนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มข. (โทร. 0-4320-2559)
 ( ) หาที่พักเอง

7. ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม

 7.1 ..........................................................................................................................................................................

 7.2 ..........................................................................................................................................................................

 7.3 ..........................................................................................................................................................................

 7.4 ..........................................................................................................................................................................

8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการ

 พยาบาลเฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

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

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

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

9. **คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

 **ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....................................................นามสกุล.............................................................**

 **ตำแหน่ง ............................................................................. (เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....................................)**

 **ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.......................................................................นามสกุล....................................................**

 **ตำแหน่ง......................................................................**

 **มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วนทุกประการ และอนุมัติให้บุคคลดังกล่าวเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติ**

 **วิกฤตทารกแรกเกิด รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ - 26 มิถุนายน 2563 ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

 **เหตุผลและความจำเป็นของหน่วยงานที่ส่งบุคคลเข้าอบรม**..................................................................................................

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

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

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

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

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

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

**หมายเหตุ** **: การชำระเงินค่าลงทะเบียน**

 ภายหลังจากทางคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้แจ้งผลการพิจารณาให้ท่านเข้ารับการอบรมเรียบร้อยแล้ว ขอให้

ท่านดำเนินการชำระเงินค่าลงทะเบียน คนละ 50,000 บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) ภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถือว่าท่าน

สละสิทธิ์ไม่ประสงค์เข้ารับการอบรมในครั้งนี้ โดยเลือกชำระเงิน ได้ 2 ช่องทาง คือ

 ชำระเงินสด พร้อมแบบตอบรับ ได้ที่ งานวิจัยและบริการวิชาการ ชั้น 1 อาคาร 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มข.

  **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-mail :** **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)