****

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**](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)