

งานพัฒนาบุคลากร  
รับเลขที่ 1715  
วันที่ - 8 ก.ย. 2565 เวลา 15-38



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์  
รับเลขที่ 93804  
วันที่ = 8 ก.ย. 2565

ที่ สธ ๐๓๒๐/๐, ๓๙

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู  
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
ขอยบาราคนราดูร ถนนติวานนท์  
อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ ๑๑๐๐๐

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน /  
สถานพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล/สถาบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

เรื่องการรับสมัครเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
วัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการพยาบาลเฉพาะทางด้านการศึกษา  
ฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนมีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยในระยะกึ่ง  
เฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน รุ่นที่ ๑๔ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ถึง  
วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ จำนวน ๔๐ คน

ในการนี้ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ  
ในสังกัดของท่านเข้าร่วมหลักสูตรดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)  
สามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ อนึ่ง ข้าราชการสามารถเข้าร่วมอบรมได้  
โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับ  
อนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจ กรุณากรอกรายละเอียดใบสมัคร และส่งไปยังภารกิจด้านการ  
พยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ และสามารถ Download รายละเอียดของหลักสูตรได้ที่  
[www.snmri.go.th](http://www.snmri.go.th)

เรียน ขน. สสจ. สุรินทร์ จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรฯ

ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ด้วย สสจ.สุรินทร์มีแผนจัดอบรม  
หลักสูตรเฉพาะทางในสาขา กายภาพบำบัด  
รุ่นที่ 14 ระหว่างวันที่ 6 ก.พ. 66 - 2 มิ.ย. 66  
ขอเรียนขอทราบ 4 วิชา  
ในคณะ เป็นเอกสารแนบมาเพื่อโปรด

ขอแสดงความนับถือ

(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ทราบ  อนุมัติ  
 มอบ.....

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร ๐ ๒๕๕๑ ๕๕๕๕ ต่อ ๖๗๓๘

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๓๙๑๒

ผู้ประสานงาน คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม / คุณอารีย์รัตน์ เผือกพัก

(นายอภิสิทธิ์ บุญประดับ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

น.ส.สิริมา นกสุวรรณ  
นักกฏหมาย ๑๐๐๐๐๐๐๐

๙ ก.ย. ๖๕

๘๐๐๕



สถาบันสรีรวิทยาเพื่อการศึกษาที่บูรณาการทางการแพทย์และศาสตร์  
ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ

ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ภาษาอังกฤษ: Program of Nursing Speciality in Rehabilitation Nursing  
ชื่อประกาศนียบัตร

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ภาษาอังกฤษ: Certificate In Nursing Speciality in Rehabilitation Nursing  
ชื่อย่อ : ป.การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ  
วัตถุประสงค์ทั่วไป

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะ  
ของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุระยะกลางแบบองค์รวม และ  
สามารถใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยกรณีเร่งด่วนจากผู้สูงอายุจากวัตถุประสงค์ที่มีอยู่ใน  
ชุมชนได้ พัฒนาศักยภาพ/ชุมชน/ครอบครัวให้พร้อมรับภาระส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้  
ผู้ป่วย/คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย มีความภาคภูมิใจที่อยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ  
องค์ประกอบของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร  
โครงสร้างหลักสูตร มี ดังนี้

- ภาคทฤษฎี ๑ หน่วยกิต = ๑๕ ชั่วโมง
- ภาคปฏิบัติ ๑ หน่วยกิต = ๖๐ ชั่วโมง
- ภาคทฤษฎี ๑ หน่วยกิต
- ภาคปฏิบัติ ๑๖ หน่วยกิต
- ภาคทฤษฎี ๑๑ หน่วยกิต
- ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

พ.ศ. ๒๕๖๗  
นโยบายสุขภาพกับภาวะผู้นำ  
NSID-๒๒๗ Health Policy and Leadership

๒(๒-๐-๔) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

นโยบายสุขภาพ ปัญหาและแผนพัฒนากำลังคนทางการพยาบาล กฎหมาย ข้อกำหนด และประเด็นจริยธรรมใน  
ระบบสุขภาพ เศรษฐศาสตร์สุขภาพและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพในระบบสุขภาพ ทฤษฎีและการพัฒนา  
สมรรถนะผู้นำ

พ.ศ. ๕๓๑ การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการจัดการความเสี่ยง ๒ (๑-๑-๒) หน่วยกิต  
NSID ๕๓๑ Advanced Health Assessment and Risk Management  
คำอธิบายรายวิชา  
แนวคิด หลักการ การประเมินสุขภาพขั้นสูง การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือ  
ทางร่างกาย ด้านร่างกาย จิต สังคม และวิญญาณ การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเฉพาะทาง การ  
วินิจฉัย การตัดสินใจทางคลินิก และการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ

พยศ ๕๓๖ การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
NSD ๕๓๖ Rehabilitation Nursing

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด ทฤษฎี การพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลระยะกลาง พยาธิสรีรวิทยา การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ (ในผู้ป่วยโรค โรคหลอดเลือดสมอง สมอองบาดเจ็บ การบาดเจ็บของไขสันหลัง ปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อเสื่อมตามวัย) การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่ มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม การจัดการภาวะสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ

พยศ ๕๓๓ การจัดการต่อเนื่องด้านผู้ป่วย  
NSID ๕๓๓ Continuing Management in Rehabilitation

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด ผลลัพธ์การจัดการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) การจัดการระบบสุขภาพ (Care management) การให้คำปรึกษา การพัฒนาศักยภาพ ของครอบครัวและชุมชน การฟื้นฟูสภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน การจัดการทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ (Resource management) การเลือกใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมและการแพทย์ทางเลือก ด้านการฟื้นฟูสภาพ เครื่องช่วย การจัดการที่ฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่องและยั่งยืน การส่งเสริมคุณภาพชีวิต

พยศ ๕๔๙ การส่งเสริมสุขภาพและการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตอิสระ ๒ (๒-๐-๕) หน่วยงาน  
NSID ๕๔๙ Health Promotion and Preparation for Independent Living

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระของผู้ป่วยและคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือ ทางร่างกายระยะกลาง การส่งเสริมการจัดการตนเอง บทบาทพยาบาลและทีมสุขภาพ ในการจัดให้มีการดำเนินชีวิตอิสระ การพิทักษ์สิทธิ์และศักดิ์ศรี การสร้างพลังชีวิต การแลกเปลี่ยนการดำรงชีวิตอิสระในสังคม การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ใน สังคม การวางแผนชีวิตและกิจการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและคนพิการที่มีความบกพร่องทางการ เคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระยะกลาง

พยศ ๕๔๖ ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
NSID ๕๔๖ Rehabilitation Nursing Practicum

คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในผู้ป่วย/คนพิการที่มีความบกพร่องหรือทาง ร่างกาย ระยะกลาง (Intermediate care) ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม การวางแผนการจำหน่าย การส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง การจัดการร่วมกับสหวิชาชีพและทีมสุขภาพ

พยศ ๕๔๗ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระ (๐-๕-๒) หน่วยงาน  
NSID ๕๔๗ Nursing Care for Independent Living Practicum

คำอธิบายรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงชีวิตอิสระ การพิทักษ์สิทธิ์และศักดิ์ศรี การสร้างพลังชีวิต การแลกเปลี่ยน เรียนรู้วิธีการดำรงชีวิตอิสระ การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การวางแผนชีวิต กิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ ของผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเฉพาะราย

ระยะเวลาการศึกษา ๔ เดือน (๑๗ สัปดาห์)

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

คุณสมบัติทั่วไป

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
  ๒. ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
  ๓. มีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจาก ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้นๆ เต็มเวลา
- คุณสมบัติเฉพาะ

๑. เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรหรือปริญญาบัตรในวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จาก ใบนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จาก สภากาพยาบาล
๒. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและคนพิการที่ มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก



ประกาศ สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ แห่งชาติ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพ และทักษะด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๗ สัปดาห์  
วันที่ ๑๔ ระหว่างวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ - วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖  
สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน ๔๐ คน

**การรับสมัคร**

เอกสารใบสมัครสามารถ Download ได้ที่ [www.snmri.go.th](http://www.snmri.go.th)

รับสมัครเฉพาะทาง โพรซีดี ส่งที่ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ  
๘๘/๒๖ ซอยบำรุงราชมงคล ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ตั้งแต่วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕

**คุณสมบัติของผู้สมัคร**

ผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ต่อไปนี้

**คุณสมบัติทั่วไป**

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
๒. สุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๓. ต้องมีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้น ๆ เต็มเวลา

**คุณสมบัติเฉพาะ**

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาลที่ไม่หมดอายุ
๒. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. อายุไม่เกิน ๕๕ ปี

### เอกสารประกอบการสมัคร

๑. สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น ประกาศนียบัตร ปริญญาบัตรทางการพยาบาล จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (ถ้ามี)
๔. สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
๕. หนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด (กรณีที่ผ่านมาการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมแล้ว)

### การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี  
ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ  
เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๖๕๑๕๙-๔ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

### หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยการพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยพิจารณาให้มีกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน และอื่นๆ
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

### การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ [www.snmri.go.th](http://www.snmri.go.th) วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕

### การลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ - วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ โดยปฏิบัติดังนี้

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๖๕๑๕๙-๔ จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์แล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการเอกสารดังนี้
  - หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ - นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย โดยส่งข้อมูลได้ที่ E-mail: [ploytovenurserehab2020@gmail.com](mailto:ploytovenurserehab2020@gmail.com)ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่า

สละสิทธิ์ การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ ภายหลังจากชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรม แล้ว สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

โทร ๐ ๒๕๕๑ ๕๕๕๕ ต่อ ๖๗๓๘

มือถือ คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม ๐๘๙ ๑๒๘ ๐๖๒๙

มือถือ คุณอารีย์รัตน์ เผือกฟัก ๐๘๗ ๓๖๘ ๖๗๗๙

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๓๙๑๒

Email: ploylovenurserehab2020@gmail.com

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



เลขประจำตัวผู้สมัคร.....  
 สาขา.....การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ.....  
 ระบุความเชี่ยวชาญ(เฉพาะสาขาวิชาชีพ.....)

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
 ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
 รุ่นที่ 14 ปีการศึกษา 2566

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....  
 ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศ .....นามสกุล.....  
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
 อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า / แยก ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน.....  
 ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....  
 E-mail.....  
 เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....  
 เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
 สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่ทำงาน
- ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด.....  
 ที่อยู่.....โทรศัพท์.....  
 ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....  
 เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....

2. ประวัติการศึกษา

2.1 การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

| ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง) | สถาบันการศึกษา | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|------------------------------------|----------------|---------------------|
|                                    |                |                     |
|                                    |                |                     |
|                                    |                |                     |

2.2 การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่น ๆ

| ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง) | สถาบันการศึกษา | ปีที่สำเร็จการศึกษา |
|------------------------------------|----------------|---------------------|
|                                    |                |                     |
|                                    |                |                     |
|                                    |                |                     |



6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

ตำแหน่ง.....

ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ปีการศึกษา 2566 สาขา การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ตามหลักสูตรของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

| สำหรับเจ้าหน้าที่หลักสูตรฯ   | สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน              | ดำเนินการส่งคืนใบเสร็จรับเงิน |
|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| เจ้าหน้าที่รับใบสมัคร.....   | จำนวนเงิน.....-200.-.....บาท          | วันที่ส่ง.....                |
| วันที่.....                  | (สองร้อยบาทถ้วน)                      | ส่งไปที่.....                 |
| ( ) ตนเอง (เงินสด)           | ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่..... | .....                         |
| ( ) ทางไปรษณีย์              | วันที่.....                           | .....                         |
| หลักฐานการโอนเงินเลขที่..... | ผู้รับเงิน.....                       | .....                         |
| ธนาคาร.....                  | .....)                                | .....                         |
| สาขา.....                    | วันที่.....                           | ผู้ส่ง.....                   |
| วันที่.....                  | .....                                 | .....                         |

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาในระดับต้น สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
ปีการศึกษา 2566 ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) .....นามสกุล.....  
สาขาที่จะศึกษาอบรม..... วันที่.....ถึงวันที่.....

2. ชื่อ - นามสกุล ผู้รับรอง .....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

3. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาในระดับต้น

3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....  
.....  
.....

3.2 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น / การตัดสินใจ / การแก้ปัญหา.....  
.....  
.....

3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....  
.....  
.....

3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....  
.....  
.....

3.5 ความสามารถพิเศษอื่น ๆ.....  
.....  
.....

4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงนาม.....

วันที่.....