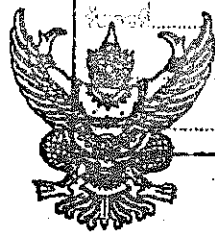


พ.ศ. ๒๕๖๕



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ  
1907  
- 8 ก.ย. 2565  
09.22.๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี  
เลขที่รับ 9004  
วันที่ - 7 ก.ย. 2565  
เวลา 18.38

ที่ สธ ๐๓๒๐/๑, ๓๖๕

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ <sup>ก็ยข้อมูลแล้ว</sup>  
ขอยบาราศนราทร ถนนติวานนท์  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน / สถานพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล/สถาบัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เรื่องการรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ฯ จำนวน ๑ ชุด  
ด้วยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ วัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการพยาบาลเฉพาะทางด้าน การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนมีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care : IMC) โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน รุ่นที่ ๑๔ วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ จำนวน ๔๐ คน

ในการนี้ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ ในสังกัดของท่านเข้าร่วมหลักสูตรดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) สามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ อนึ่ง ข้าราชการสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจ กรุณากรอกรายละเอียดใบสมัคร และส่งไปยังภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ และสามารถ Download รายละเอียดของหลักสูตรได้ที่ [www.snmri.go.th](http://www.snmri.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ไอ้หนู นพ.ศกช.จ.กตช.  
- ประชาสัมพันธ์การรับสมัครฯ  
ทง.เอกวิทย์  
- ประธานกลุ่มงาน ร.ช.ร.  
ประธาน HR ส.ส.ค.  
ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
9 ก.ย. ๖๕

ขอแสดงความนับถือ  
งท  
(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ทราบดำเนินการ  
12/กชจ

ภารกิจด้านการพยาบาล  
โทร ๐ ๒๕๕๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๘  
โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๓๙๑๒

ผู้ประสานงาน คุณสุพรรณิการ์ แววอาราม / คุณอารีย์รัตน์ เผือกพิภ (นางเปรมจิต หงษ์อำไพ)  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รักษาราชการแทน



สถาบันลิบริธเพื่อการพัฒนาทรัพยากรทางการแพทย์แห่งชาติ  
ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
ภาษาอังกฤษ: Program of Nursing Specialty in Rehabilitation Nursing  
ชื่อประกาศนียบัตร

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
ภาษาอังกฤษ: Certificate in Nursing Specialty in Rehabilitation Nursing  
ชื่อย่อ : ป.การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ  
วัตถุประสงค์ทั่วไป

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางแบบองค์รวม และสามารถใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัย รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะช่วยให้อุปกรณ์ที่มียังอยู่ในชุมชนได้ พัฒนาสถานพยาบาล/ชุมชน/ครอบครัวให้พร้อมรับการส่งต่อผู้ป่วยระยะกลางเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วย/คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย มีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร  
โครงสร้างหลักสูตร มี ดังนี้

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

พยศร ๒๕๖๗  
นโยบายสุขภาพกับการศึกษา

NSID ๒๒๖๗  
Health Policy and Leadership

๒(๒-๐-๔) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

นโยบายสุขภาพ ปัญหาและแผนพัฒนาพลังคนทางการพยาบาล กฎหมาย ข้อกำหนด และประเด็นจริยธรรมในระบบสุขภาพ เศรษฐศาสตร์สุขภาพและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพในระบบสุขภาพ ทฤษฎีและการพัฒนาสมรรถนะผู้นำ

พยศร ๕๓๑

การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการจัดการความเสี่ยง

NSID ๕๓๑  
Advanced Health Assessment and Risk Management

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด หลักการ การประเมินสุขภาพขั้นสูง การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ด้านร่างกาย จิต สติปัญญา การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเฉพาะทาง การวินิจฉัย การตัดสินใจทางคลินิก และการปรับวันที่ผลการประเมินภาวะสุขภาพ

พศ. ๕๓๖  
NSID ๕๓๖  
คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด ทฤษฎี การพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การดูแลระยะกลาง พยาธิสรีรวิทยา การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟู  
สภาพ (ในกลุ่มโรค โรคหลอดเลือดสมอง สมองบาดเจ็บ การบาดเจ็บของไขสันหลัง ปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อเนื้อเยื่อตาม  
วัย) การส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ที่  
มีโรคร่วมและไม่มีการร่วม การจัดการภาวะสุขภาพร่วมกับสหวิชาชีพ

พศ. ๕๓๗  
NSID ๕๓๗  
คำอธิบายรายวิชา

แนวคิด ผลลัพธ์จัดการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยและคนพิการทางการเคลื่อนไหวร่างกาย การจัดการผู้ป่วย  
รายกรณี (Case management) การจัดการระบบสุขภาพ (Care management) การให้คำปรึกษา การพัฒนาศักยภาพ  
ของครอบครัวและชุมชน การฟื้นฟูสภาพโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน การจัดการทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ  
(Resource management) การเลือกใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมและการแพทย์ทางเลือก ด้านการฟื้นฟูสภาพ เครือข่าย  
การจัดการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องและยั่งยืน การส่งเสริมคุณภาพชีวิต

พศ. ๕๓๘  
NSID ๕๓๘  
คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงชีวิตอิสระของผู้ป่วยและคนพิการที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือ  
ทางร่างกายระยะกลาง การส่งเสริมการจัดการตนเอง บทบาทพยาบาลและชุมชนสุขภาพ ในการจัดให้มีการดำเนินชีวิตอิสระ  
การพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี การสร้างพลังชีวิต การแลกเปลี่ยนการดำรงชีวิตอิสระในสังคม การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ใน  
สังคม การวางแผนชีวิตและกิจกรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและคนพิการที่มีความบกพร่องทางการ  
เคลื่อนไหวหรือทางร่างกายระยะกลาง

พศ. ๕๓๙  
NSID ๕๓๙  
คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดการพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในผู้ป่วย/คนพิการที่มีความบกพร่องหรือทาง  
ร่างกาย ระยะกลาง (Intermediate care) ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการพัฒนา ประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์  
การใช้เทคโนโลยี นวัตกรรม การวางแผนการจำหน่าย การส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง การจัดการร่วมกับสหวิชาชีพและทีม  
สุขภาพ

พศ. ๕๔๐  
NSID ๕๔๐  
คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงชีวิตอิสระ การพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรี 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 และได้รับ  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จาก  
สภาการพยาบาล
๒. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและคนพิการที่  
มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก



ประกาศ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ 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 ไปรษณีย์ ส่งที่ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ  
๘๘/๒๖ ซอยบำรุงราชมงคล ต่าบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ 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 โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน 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. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการเอกสารดังนี้
  - หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ - นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย โดยส่งข้อมูลได้ที่ E-mail: [poylovenurserehab2020@gmail.com](mailto:poylovenurserehab2020@gmail.com)

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์ การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสิทธิ์ ภายหลังจากชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมแล้ว สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ  
โทร ๐ ๒๕๙๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๘  
มือถือ คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม ๐๘๙ ๑๒๘ ๐๖๒๙  
มือถือ คุณอารีย์รัตน์ เผือกพิก ๐๘๗ ๓๖๘ ๖๗๗๙  
โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๓๙๑๒  
Email: ploylovenurserehab2020@gmail.com

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



เลขประจำตัวผู้สมัคร.....  
 สาขา.....การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ.....  
 ระบุความเชี่ยวชาญ(เฉพาะสาขาปรสิตวิทยา).....

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ  
 ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
 รุ่นที่ 14 ปีการศึกษา 2566

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรณารอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน 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 (นับถึงวันขึ้นใบสมัคร) 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 และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษอบรมจะปฏิบัติตามข้อกำหนดระเบียบข้อบังคับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 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 และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น 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. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
  - 3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....  
.....
  - 3.2 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น / การตัดสินใจ / การแก้ปัญหา.....  
.....
  - 3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....  
.....
  - 3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....  
.....
  - 3.5 ความสามารถพิเศษอื่น ๆ.....  
.....
4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ลงนาม.....

วันที่.....