

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ ๒๓๙๑
วันที่ 30 ต.ค. ๖๐ เวลา 14.55 น.
ผู้รับ อวโพลิน



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
รับที่ 11326
วันที่ 30 ต.ค. 2560
เวลา 14.19 น.

ที่ สธ ๐๓๐๖/ ๘๘๓๐

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์
สี่ลม บางรัก กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครบุคลากรเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ คณบดี/ อธิการบดี/ ผู้อำนวยการวิทยาลัย
พยาบาล/ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์
จะเปิดรับสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการ
พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์
๒๕๖๑ จนถึงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาอบรม ๑๖ สัปดาห์ ในการนี้ ขอความ
อนุเคราะห์ท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรผู้สนใจสมัครเข้าอบรม ตามรายละเอียดที่แนบพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมดังกล่าวด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

นพ. สบ.

(นายสมพงษ์ ดันจริยภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘ หรือ ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๓๗

มือถือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๔๔๔๔ หรือ ๐๘ ๑๒๑๔ ๐๐๖๖

โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๕๖

ประกาศ โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์
รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐

.....

โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพและทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพิ่มมากขึ้น ดังต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๖ สัปดาห์

ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ - ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ จำนวน ๓๖ คน

หมายเหตุ :- ขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการศึกษาอบรม ถ้ามีจำนวนผู้สมัครไม่ถึง ๒๕ คน

การรับสมัคร

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ทางไปรษณีย์ สามารถดาวน์โหลด ใบสมัครได้ที่ www.lerdsin.go.th

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นพยาบาลวิชาชีพ วุฒิประกาศนียบัตรทางการพยาบาล หรือปริญญาบัตรทางการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑
๒. เป็นผู้ที่กำลังปฏิบัติงาน หรือทำการสอน ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ในสาขาวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษา อบรม
๓. มีประสบการณ์ในการทำงานทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับถึงวันสมัคร
๔. ได้รับอนุมัติให้ลาเข้าศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

เอกสารประกอบการสมัคร

๑. สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น ประกาศนียบัตร ปริญญาบัตรทางการพยาบาล จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรตามวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑ (ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด (ไม่อนุญาตให้ใช้บัตรประจำตัวข้าราชการ)
๕. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เป็นรูปถ่าย ระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร
๖. สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)
๗. หนังสือรับรอง/ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษา อบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน (รพล.ฉท.๐๑ หน้า ๓, ๔)
๘. สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท

การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาสีลม ชื่อบัญชี โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่บัญชี ๐๒๒-๑-๐๖๔๕๔-๐ จำนวน ๒๐๐ บาท (สำเนาสลิปโอนเงินส่งโทรสาร ภายในวันที่โอนเงิน) ในวัน และเวลาราชการ

หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยการพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง/ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. โรงพยาบาลเลิดสิน ขอสงวนสิทธิ์ในการคัดเลือก โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และตามความจำเป็นของหน่วยงาน
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ ถือเป็นที่สุด
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษารอบในสาขาดังกล่าว โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์โรงพยาบาลเลิดสิน www.lerdsin.go.th วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

การรายงานตัวและลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๙ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑ โดยปฏิบัติดังนี้

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาสีลม ชื่อบัญชี โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่บัญชี ๐๒๒-๑-๐๖๔๕๔-๐ ตามอัตราค่าธรรมเนียมการศึกษารอบดังตารางต่อไปนี้

สาขาการพยาบาล	ค่าลงทะเบียน
ออร์โธปิดิกส์	๔๐,๐๐๐ บาท

๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์แล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการจัดส่ง เอกสารดังนี้

๒.๑ หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย

๒.๒ ใบคำร้องขอทำบัตรแสดงตน (ดาวน์โหลดได้ที่ www.lerdsin.go.th)

๒.๓ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เป็นรูปถ่ายในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่า สละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ภายหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมแล้ว โรงพยาบาลเลิดสิน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

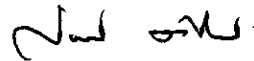
ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน

โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘ หรือ ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๓๗

มือถือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๔๙๔๙ หรือ ๐๘ ๑๒๑๔ ๐๐๖๖

โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๕๖



(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน



(รพ.ฉ. 01)

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....

การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออโรโธปิดิกส์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560

รูปถ่าย
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

● ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rank.....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.....
เลขที่ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
สถานที่ทำงานปัจจุบัน..... หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....
เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่ทำงาน
● ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด..... เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

2. ประวัติการศึกษา

2.1 การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา / คุณวุฒิ (จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3. ประวัติการปฏิบัติงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

4. ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน (โปรดระบุรายละเอียด / ประเภท / ลักษณะงาน / บริการ การพยาบาล)

[illegible]

5. เป้าหมายของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้

2

6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเลิดสิน

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

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....
ตำแหน่ง.....
ขอรับรองและยืนยันให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....
ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560 ตามหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเลิดสิน

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.....	
วันที่.....		ผู้ส่ง.....

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน

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

2. ชื่อ - สกุล ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นนามสกุล.....
 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.....

.....

4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงนาม.....

วันที่.....