สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 11385
วันที่ ๒๘ ต.ค. ๒๕๕๙
เวลา

ที่ สธ ๐๓๐๖/๓๗๖๐

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์
สีลม บางรัก กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุมัติประชาสัมพันธ์การรับสมัครบุคลากรเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ คณบดี/ อธิบดี/ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์จะเปิดรับสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ ระหว่างวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาอบรม ๑๖ สัปดาห์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรผู้สนใจสมัครเข้าอบรม ตามรายละเอียดที่แนบพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๘-๙
โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๘๕๖

ประกาศ โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์
รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙

.....

โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพและทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพิ่มมากขึ้น ดังต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๖ สัปดาห์

ระหว่างวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๐ – ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐ จำนวน ๓๖ คน

หมายเหตุ :- ขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการศึกษาอบรม ถ้ามีจำนวนผู้สมัครไม่ถึง ๒๕ คน

การรับสมัคร

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ทางไปรษณีย์ สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.lerdsin.go.th

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นพยาบาลวิชาชีพ วุฒิประกาศนียบัตรทางการพยาบาล หรือปริญญาบัตรทางการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑
๒. เป็นผู้ที่กำลังปฏิบัติงาน หรือทำการสอน ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ในสาขาวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษาอบรม
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 เป็นรูปถ่ายระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร
๖. สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)
๗. หนังสือรับรอง/ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน (รพล.ฉท.๐๑ หน้า ๓, ๔)
๘. สำเนาหลักฐานการโอนค่าสมัคร (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 ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน
๕. การตัดสินของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ถือเป็นที่สิ้นสุด
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขานั้น โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์โรงพยาบาลเลิดสิน www.lerdsin.go.th วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๐

การรายงานตัวและลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๙ - ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ โดยปฏิบัติดังนี้

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

สาขาการพยาบาล	ค่าลงทะเบียน
ออร์โธปิดิกส์	๔๐,๐๐๐ บาท

๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์แล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการจัดส่ง เอกสารดังนี้

๒.๑ หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย

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 มิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ภายหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมแล้ว โรงพยาบาลเลิดสิน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน
โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘
มือถือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๔๙๔๙
โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๕๖

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน



(รพล.ฉท. 01)

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....
การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
รุ่นที่ 45 กลุ่ม 3 ปีการศึกษา 2559

.....

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 (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) 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

2.2 การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่น ๆ

หลักสูตร	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

3. ประวัติการปฏิบัติงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

ตำแหน่ง/ระดับ และระยะเวลา (ปี พ.ศ.)	ลักษณะงาน/หน้าที่รับผิดชอบ	หอผู้ป่วย/หน่วยงาน ที่อยู่/โทรศัพท์

4. ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน (โปรดระบุรายละเอียด / ประเภท / ลักษณะงาน / บริการการพยาบาล)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. เป้าหมายของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....**ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเลิดสิน**

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

ตำแหน่ง.....

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

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 45 กลุ่ม 3 ปีการศึกษา 2559

ตามหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเลิดสิน

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 45 กลุ่ม 3 ปีการศึกษา 2559
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน

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

2. ชื่อ – สกุล ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น ..... 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
.....
.....
.....

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

ลงนาม.....
วันที่.....

การส่งเอกสาร

ผู้สมัครทุกคนจะต้องส่งใบสมัคร (รพล.ฉท 01) และเอกสารการสมัครทุกรายการที่สมบูรณ์และครบถ้วน พร้อมด้วยหลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท (หากไม่ส่งหลักฐานการโอนเงินจะถือว่าการสมัครเป็นโมฆะ) พร้อมทั้งส่งซองจดหมายขนาด ๑๑ x ๒๒ เซนติเมตร (ซองขาวยาว) จ่าหน้าซองถึงตนเอง โดยเขียนชื่อ – นามสกุล และที่อยู่ ส่ง EMS/ลงทะเบียน เอกสารทั้งหมด (ใบสมัคร เอกสารประกอบการสมัคร หลักฐานการโอนเงิน และซองจดหมาย) ไปยังโรงพยาบาลเลิดสิน ตามที่อยู่ดังนี้

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล (งานบริหารจัดการหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง)
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน
เลขที่ ๑๙๐ ถนนสีลม แขวงศรีเวียง เขตบางรัก กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐๐
(สมัครหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง)