06/09/56

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๑๓๕๖
วันที่ ๒๔ ก.ย. ๒๕๕๖
เวลา ๑๔.๐๐

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
งานบริการการศึกษา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
๒ ถนนพรานนก เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒ ๔๑๙ ๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๓๐๗
โทรสาร ๐๒ ๔๑๒ ๘๔๐๕

กลุ่มยุทธศาสตร์และการพัฒนาระบบบริการ
รับเลขที่ 1525
วันที่ 5 ก.ย. 56
เวลา 9.00

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/ว. ๐๓๓๕๖
วันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง รุ่นที่ ๔๒ ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๖ จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน ๑ ชุด

ด้วยในปีการศึกษา ๒๕๕๖ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะเปิดรับสมัครผู้สนใจซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข และวิทยาลัยพยาบาลต่าง ๆ เข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง รุ่นที่ ๔๒ กลุ่มที่ ๓ ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๖ สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ จำนวน ๓๐ คน ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาอบรมระหว่างวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ นั้น

ในการนี้ ใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรผู้สนใจทราบ ทั้งนี้ สามารถส่งใบสมัครด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมดังกล่าวด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
ดำเนินการ ประชาสัมพันธ์

(นายสุคม ชำนิ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๐๔ ก.ย. ๒๕๕๖

มอบคุณกิ่งกันยา ประชาสัมพันธ์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิไลวรรณ ทองเจริญ)
รองคณบดีฝ่ายการศึกษา ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประกาศ มหาวิทยาลัยมหิดล

เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

รุ่นที่ ๔๒ ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๖ (เพิ่มเติม)

.....

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง รุ่นที่ ๔๒ ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๖ (เพิ่มเติม) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๖ สัปดาห์

กลุ่มที่ ๓ ตั้งแต่วันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ – ๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ จำนวน ๑ สาขา คือ
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน ๓๐ คน

หมายเหตุ :- ขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการศึกษาอบรม ถ้ามีจำนวนผู้สมัครไม่ถึง ๒๕ คน

การรับใบสมัคร

๑. ดาวน์โหลดใบสมัคร จากเว็บไซต์ http://www.ns.mahidol.ac.th

๒. การรับใบสมัครด้วยตนเอง

ขอรับใบสมัครได้ที่งานบริการการศึกษา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ห้อง ๓๐๘/๑ ชั้น ๓ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นพยาบาลวิชาชีพ ๆ ที่มีประกาศนียบัตร อนุปริญญา หรือปริญญาบัตรทางการพยาบาลในสาขาวิชาการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑

๒. เป็นผู้ที่กำลังปฏิบัติงาน หรือทำการสอน ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ในสาขาวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษาอบรม

๓. มีประสบการณ์ในการทำงานทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับถึงวันสมัคร

๔. มีหนังสือรับรอง / ความเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน (ฉท.๐๑ หน้า ๓ , ๔)

การรับสมัคร

๑. รายการเอกสาร / หลักฐานประกอบการสมัคร มีดังนี้

๑.๑ ใบสมัครตามแบบฟอร์มของคณะพยาบาลศาสตร์ (ฉท.๐๓) ซึ่งได้กรอกข้อความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ รวมทั้งคำยืนยันการอนุมัติให้ลาศึกษาอบรมของผู้บังคับบัญชา

๑.๒ สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น อนุปริญญาบัตร ปริญญาบัตรทางการพยาบาล จำนวน ๑ ชุด

๑.๓ สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรตามวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ชุด

๑.๔ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น ๑ (ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด

๑.๕ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด ไม่อนุญาตให้ใช้บัตรประจำตัวข้าราชการ)

๑.๖ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป เป็นรูปถ่ายในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร (ติดที่ใบสมัคร ๑ รูป)

๑.๗ สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ – นามสกุล (ถ้ามี)

๑.๘ ใบขออนุญาตสมัครสอบ (เฉพาะผู้สมัครที่มาจากโรงพยาบาลศิริราช เท่านั้น)

(ให้เซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง ในเอกสารสำเนาทุกฉบับ และส่งหลักฐานการสมัครให้ครบถ้วน)

๒. กำหนดการรับสมัคร

๒.๑ การสมัครด้วยตนเอง
ตั้งแต่วันที่ ๒ -๒๐ กันยายน ๒๕๕๖

๒.๒ การสมัครทางไปรษณีย์
ตั้งแต่วันที่ ๒ – ๑๓ กันยายน ๒๕๕๖ (วันประทับตราไปรษณีย์)

๓. การชำระเงินค่าสมัคร

๓.๑ การสมัครด้วยตนเอง
ชำระเป็นเงินสด จำนวนเงิน ๒๐๐.- บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

๓.๒ การสมัครทางไปรษณีย์
ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช ชื่อบัญชี หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่บัญชี ๐๑๖-๔๓๑๒๓๖-๕ จำนวนเงิน ๒๐๐.-บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

หมายเหตุ :- ห้ามโอนเงินค่าสมัคร ผ่านเครื่องเอทีเอ็ม จะต้องโอนเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารเท่านั้น !!

๔. การส่งเอกสาร

ผู้สมัครจะต้องส่งใบสมัคร ฉท.๐๑ และหลักฐานการสมัครทุกรายการที่สมบูรณ์ และครบถ้วน พร้อมด้วยหลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) จำนวนเงิน ๒๐๐.- บาท (หากไม่ส่งหลักฐานการโอนเงินมาจะถือว่าใบสมัครนั้นเป็นโมฆะ) พร้อมทั้งส่งซองจดหมาย ขนาด ๑๑ × ๒๒ ซม. (ซองขาวยาว) จ่าหน้าซองถึงตนเอง โดยเขียนชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ และส่ง EMS เอกสารทั้งหมด (ใบสมัคร หลักฐานประกอบการสมัคร หลักฐานการโอนเงิน และซองจดหมาย) มายังคณะพยาบาลศาสตร์ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

งานบริการการศึกษา (หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนพรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
(สมัครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง)

หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยการพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง / ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง / หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. คณะพยาบาลศาสตร์ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน และอื่นๆ
๕. การตัดสินของคณะกรรมการประจำคณะพยาบาลศาสตร์ ถือเป็นที่สิ้นสุด
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขานั้น โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประกาศผ่านทางเว็บไซต์ http://www.ns.mahidol.ac.th วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๕๖

การรายงานตัวและลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๑๔ – ๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๖

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ *(ห้าม !! โอนเงินค่าลงทะเบียน ผ่านเครื่องเอทีเอ็ม ให้โอนเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารเท่านั้น)* โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช ชื่อบัญชี หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่บัญชี ๐๑๖-๔๓๑๒๓๖-๕ อัตราค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรม คนละ ๓๕,๐๐๐.๐๐ บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์แล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรม ดำเนินการจัดส่ง หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ **ลำดับที่ ชื่อ-นามสกุล ชื่อสาขา ของผู้เข้าศึกษาอบรม** ด้านหลังหลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) ให้เรียบร้อย พร้อมทั้งส่งซองจดหมาย ขนาด ๑๑×๒๒ ซม. (ซองขาวยาว) จ่าหน้าซองถึงตนเอง โดยเขียนชื่อ-นามสกุล และที่อยู่ และส่ง EMS เอกสารทั้งหมด (หลักฐานการโอนเงิน ซองจดหมาย และใบคำร้องขอทำบัตรแสดงตน ดาวน์โหลดได้ที่ www.ns.mahidol.ac.th) มายังคณะพยาบาลศาสตร์ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

งานบริการการศึกษา (หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนพรานนก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
(ค่าลงทะเบียนหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง)

๓. กรณีผู้สมัครที่ **ไม่ได้ปฏิบัติตามรายการข้างต้น** ภายในระยะเวลาที่กำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม
งานบริการการศึกษา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
โทร. ๐๒-๔๑๙-๗๙๖๖ ต่อ ๑๓๐๗-๘
โทรสาร. ๐๒-๔๑๒-๘๙๑๕

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พันตรีแพทย์บัณฑิต จิรเจริยาเวช)
รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและกิจกรรมพิเศษ
ปฏิบัติงานแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

(ฉท. 01)

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....

สาขา.....

ระบุความเชี่ยวชาญ(เฉพาะสาขาบริศัลยกรรม).....

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

รุ่นที่ 42 ปีการศึกษา 2556

.....

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.....

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

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 และของมหาวิทยาลัยมหิดล

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

ตำแหน่ง.....

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

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ปีการศึกษา 2556 สาขา.....

ตามหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ปีการศึกษา 2556

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) .....นามสกุล.....

สาขาที่จะศึกษาอบรม.....วันที่.....ถึงวันที่.....

2. ชื่อ – สกุล 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.....