

04/31/10/59



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๑๕๓๓
วันที่ ๒๘ ต.ค. ๒๕๕๙
เวลา ๑๑:๕๐

ที่ สธ ๐๓๐๖/๓๓๖๑๐

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

สีลม บางรัก กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

๑๘ ตุลาคม ๒๕๕๙

กลุ่มทพ.สนทพ.และรพ.แบบบริการ
รับเลขที่ 1102
วันที่ 28 ต.ค. 59
เวลา 13.59 น.

เรื่อง ขออนุมัติประชาสัมพันธ์การรับสมัครบุคลากรเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ คณบดี/ อธิบดี/ ผู้อำนวยการวิทยาลัย
พยาบาล/ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

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

ด้วยโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์
จะเปิดรับสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการ
พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ ระหว่างวันที่ ๓
เมษายน ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาอบรม ๑๖ สัปดาห์ ในการนี้
ขอความอนุเคราะห์ท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรผู้สนใจสมัครเข้าอบรม ตามรายละเอียดที่แนบ
พร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมดังกล่าวด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....WNU.....
ดำเนินการ

OMC

(นางลักขณา หังชชาติ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

WNU

๒๘ ต.ค. ๒๕๕๙ (นายสมพงษ์ ดันจรรย์ภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

- มอศุดกเกล้า นันต์ ปงศ.
28.10.59

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๘-๙
โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๘๕๖

2

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

.....

โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๕ กลุ่ม ๓ ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โดยมี
วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพและทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพิ่มมากขึ้น
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 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/ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาในระดับต้น และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษา
อบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน (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. การตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ ถือเป็นขั้นสิ้นสุด
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 มิฉะนั้นจะถือว่า สละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

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

นพ. สม.

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน



(รพล.ฉท. 01)

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเสด็จ

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....
การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเสด็จ
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./Rankนามสกุล.....
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันขึ้นปีใหม่) 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

6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของคณะพยาบาลศาสตร์ 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.....	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 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) และเอกสารการสมัครทุกรายการที่สมบูรณ์ และครบถ้วน 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)