



## ผลการเรียน

- ศษ.ศษ. : สัปดาห์ที่ 1-6 วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช  
ศษ.ศษ. : สัปดาห์ที่ 7-15 วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
ณ แหล่งฝึกโรงพยาบาล/ PCU  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

## ฝึกปฏิบัติงาน

- โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)  
โรงพยาบาลนครปฐม  
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช  
โรงพยาบาลโพธาราม  
หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของ รพ.หลัก ใน  
จ.ราชบุรี จ. สุพรรณบุรี และ จ.นครปฐม

## ประวัติของผู้สมัคร

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีพยาบาลหรือเทียบเท่าระดับปริญญาตรี
2. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุง

4.1

3. มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี
4. คุณสมบัติอื่น ๆ ตามการพิจารณาของคณะกรรมการประจำ

การพยาบาลเฉพาะทาง

## สื่อผู้เข้ารับการอบรม

- สอบข้อเขียน หรือ  
สอบสัมภาษณ์ หรือ  
การพิจารณาผลการศึกษาและประสบการณ์วิชาชีพทาง  
การพยาบาล  
คณะกรรมการของหลักสูตร  
กาตรารายชื่อผู้เข้ารับการอบรม ทาง [www.ckr.ac.th](http://www.ckr.ac.th)  
[www.tonss.org](http://www.tonss.org), และ [www.metta.go.th](http://www.metta.go.th)

## การรับสมัคร

ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน - 22 กรกฎาคม 2559

## หลักฐานการรับสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
- สำเนาคุณวุฒิศึกษาประกาศนียบัตร/ปริญญา
- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป

ส่งหลักฐานการสมัครได้ด้วยตนเอง หรือส่งทางไปรษณีย์ พร้อม

หลักฐานประกอบการสมัครและค่าธรรมเนียมจำนวน 100 บาท ที่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

99 หมู่ 3 ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง

จังหวัดราชบุรี 70110

ค่าลงทะเบียน 45,000 บาท (รวมอาหารกลางวัน อาหารว่าง

ระหว่างการอบรมภาคทฤษฎี และเอกสารต่างๆ ในการอบรม)

สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามระเบียบราชการ

การชำระค่าลงทะเบียน วันที่ 15 - 31 กรกฎาคม 2559

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอานาโอบ้านโป่ง

ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

เลขที่บัญชี 706-1-44527-0

## ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

โทรศัพท์ 032-344-954-6 ต่อ 202

โทรสาร 032-344-959

<http://www.ckr.ac.th>

อาจารย์รัชนี้ ครอบงระวะ มือถือ 081-378-4262

อาจารย์ภิรมย์ ลีสุวรรณ มือถือ 089-837-4589

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

โทรศัพท์ 034-225818 ต่อ 1305 มือถือ 097-0147195

[www.tonss.org](http://www.tonss.org), [www.metta.go.th](http://www.metta.go.th) /Line id: Patnator0027



โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ร่วมกับ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

จัดอบรมหลักสูตร

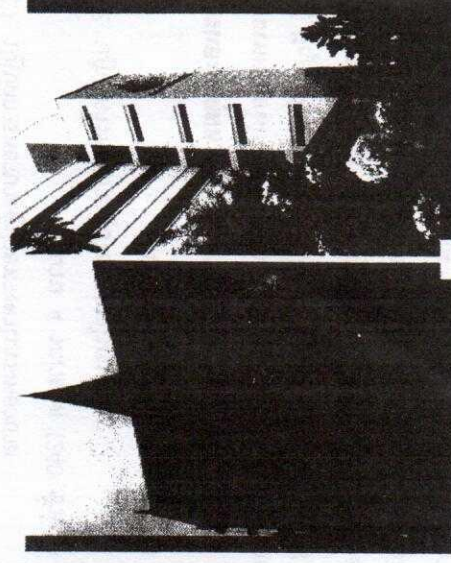
การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทางตา

รุ่นที่ 1

Program of Nursing Specialty in Ophthalmic

Nurse Practitioner

ระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม - 25 พฤศจิกายน 2559





รูปถ่าย  
ขนาด 1 นิ้ว

**ใบสมัครเข้ารับการอบรม**  
**หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา**  
**(การรักษาโรคเบ้าตา) รุ่น 1**  
**โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช**

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ด้วยตัวบรรจง ให้ สมบูรณ์มากที่สุด

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี  
 วัน เดือน ปี เกิด .....  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....  
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....  
 ตำแหน่งปัจจุบัน .....
2. สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....  
 ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 ที่อยู่ติดต่อได้แน่นอน .....  
 โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... มือถือ .....  
 E-mail .....

3. ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากวุฒิสูงสุด)

ลำดับ	คุณวุฒิ	ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อสถานที่ศึกษา

4. ลักษณะงานในปัจจุบัน

.....

.....

.....

5. ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม

5.1 .....

5.2 .....

5.3 .....

6. ประเภทของผู้สมัคร

อยู่ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 5

อื่นๆ ระบุ .....

7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....



## หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....  
ตำแหน่ง ..... สังกัด.....  
ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....  
ตำแหน่ง ..... ปฏิบัติงานที่.....  
สังกัด ..... จำนวน ..... ปี  
เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และอนุมัติให้.....  
เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา รุ่นที่ 1 ระหว่าง  
วันที่ 8 สิงหาคม - 25 พฤศจิกายน 2559 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ให้ไว้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ลงชื่อ..... (ผู้บังคับบัญชา)  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ: ผู้บังคับบัญชา

โรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ สาธารณสุขอำเภอ

ประทับตราหน่วยงาน