

06/04/04/60

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๐๑๗๑
วันที่ ๑ ก.ย. ๒๕๖๐
เวลา ๑๕.๕๕ น.

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
เรื่อง ๑๐๑๗๑
วันที่ ๑ ก.ย. ๒๕๖๐
เวลา ๑๕.๕๕



ที่ สธ ๐๓๐๘ / ๐ - ๕๖๖

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ซอยบิราศนราดรุ ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมโครงการบูรณาการเพื่อพัฒนาเครือข่ายด้านการดูแล
สุขภาพคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ “กิจกรรมที่ ๑ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสถาบัน/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน /นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขอำเภอ/สถานพยาบาล/วิทยาลัย/สถาบัน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ฯ จำนวน ๑ ชุด
- ๒. ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ได้กำหนดจัดโครงการบูรณา
การเพื่อพัฒนาเครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพคนพิการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ “กิจกรรมที่ ๑ หลักสูตรการ
พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ” วัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้
ความชำนาญ ในการพยาบาลเฉพาะทาง ตลอดจนมีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน
ของผู้ป่วย และผู้พิการ ด้านการฟื้นฟูสภาพ โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ จำนวน ๓๐ คน

ในการนี้ สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ
ในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยสามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐
อนึ่ง ข้าราชการสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของ
ทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจ กรุณากรอกรายละเอียดใบ
สมัคร และส่งไปยังกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูฯ และสามารถ Download
รายละเอียดของหลักสูตรได้ที่ www.snmrl.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตรให้บุคลากรในสังกัดได้
ทราบด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

[Signature]

[Signature]

(นางดารณี สุวพันธ์)

(นายสุเทพ บุญสูตร) ผู้อำนวยการสถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (สายบริหารทางการศึกษา) ปฏิบัติราชการแทน
โทร ๐๒-๕๑๔๐๖๐๕ โทรสาร ๐๒-๕๑๔๐๖๐๓
- ขอขอบคุณที่ติดต่อ
วันที่ ๑๒/๘/๒๕๖๐

การรับสมัคร

รทางไปรษณีย์ ตั้งแต่วันที่ - 15 ธันวาคม 2560
รับชำระเงิน ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์
กรุงเทพฯ สาขาธนบุรี ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธร
ที่บัญชี เลขที่บัญชี 108-0-65159-4 จำนวนเงิน 200.- บาท
ยกเว้น)

ส่งเอกสาร ผู้สมัครจะต้องส่งใบสมัคร จท.01 และหลักฐาน
รายการการที่สมัคร ผู้สมัคร และครอบครัวพร้อมด้วยหลักฐานการ
(สลิปโอนเงิน) จำนวนเงิน 200.- บาท (หากไม่ส่งหลักฐานการ
มาจะถือว่าใบสมัครนั้นเป็นใบสมัครที่ว่างเปล่า)

ารกิจด้านการพยาบาล

สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
88/26 ถ.ตลาดขวัญ ต.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง)

นที่ประทับตราจากไปรษณีย์ต้นทาง วันที่ปิดรับสมัคร
งศา) หากหน้ากำหนดดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์ในการสมัคร
ริธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จะไม่คืนหลักฐาน
และเงินค่าสมัครที่ไม่ผ่านการใด ๆ ทั้งสิ้น

หลักฐานการสมัคร

- 1) ใบสมัคร (จท. 01)
- 2) สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น อนุปริญญาบัตร / ปริญญาบัตร
- 3) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรตามวุฒิการศึกษา
- 4) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ หรือ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 (ยังไม่หมดอายุตลอด
ระยะเวลาการศึกษาอบรม)
- 5) สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
- 6) สำเนาบัตรประชาชน
- 7) รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม
ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ติดที่ใบสมัคร 1 รูป
รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันสมัคร
- 8) เอกสารอื่น ๆ เช่น ใบทะเบียนสมรส/หย่า / ใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล
(ให้เซ็นชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง ในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

ใบสมัคร Download จาก www.snmri.go.th

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

- กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล :
นางสุพรรณิการ์ เววาราม
และนางสาวอารีย์รัตน์ เผือกพัก 087-368-6779
โทร 0 2591 5455 ต่อ 6733
<http://www.snmri.go.th>

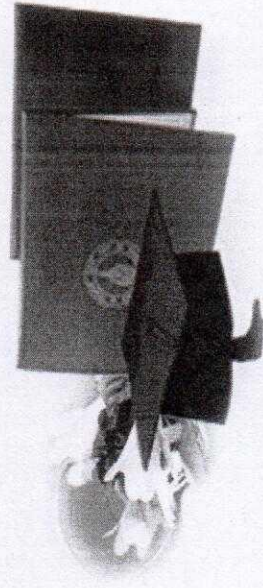
Fax : 0 2591 3912

การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง

ปีการศึกษา 2561

☆ สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ



สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์แห่งชาติ

ร่วมกับ

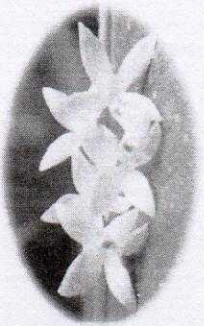
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ระยะเวลาการศึกษาอบรม

ลา 16 สัปดาห์

1 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม 2561

บุคลากรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 30 คน



คุณสมบัติของผู้สมัคร

พยาบาลวิชาชีพ วุฒิประกาศนียบัตร อนุปริญญา หรือ
บัณฑิตทางการพยาบาล และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
พยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1
ผู้ที่กำลังปฏิบัติงานหรือทำการสอน และเกี่ยวข้องโดยตรง
วิชาชีพที่ประสงค์จะเข้าศึกษาอบรม
-สมัครในการทำงานทางการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 2 ปี
-สมัคร
-สมัครรับรอง / ความเห็นจากผู้นั่งบังคับบัญชาระดับต้น และ
รองการอนุมัติให้ลาศึกษาอบรมจากผู้นั่งบังคับบัญชาของ
ให้
ไม่เกิน 55 ปี

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

1. เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ความชำนาญ
ในการพยาบาลเฉพาะสาขา เป็นพยาบาลที่ครอบคลุมด้วย
คุณธรรมในการปฏิบัติงาน ตลอดจนมีความสามารถ
ในการศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับวิทยาการใหม่
ของศาสตร์สาขาที่ศึกษา
2. เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้
ความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพที่
ซับซ้อนของผู้ป่วย ในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่
การเกิดความเจ็บป่วยไประยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสุขภาพ
และระยะเรื้อรัง

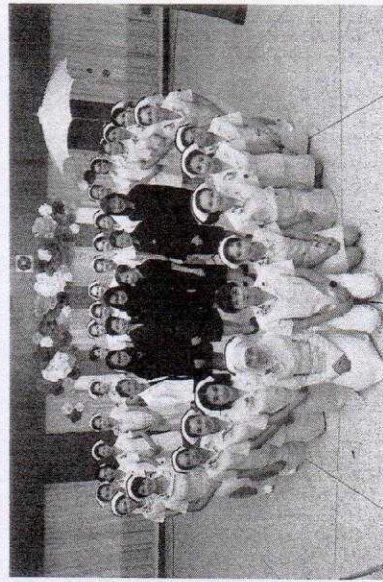
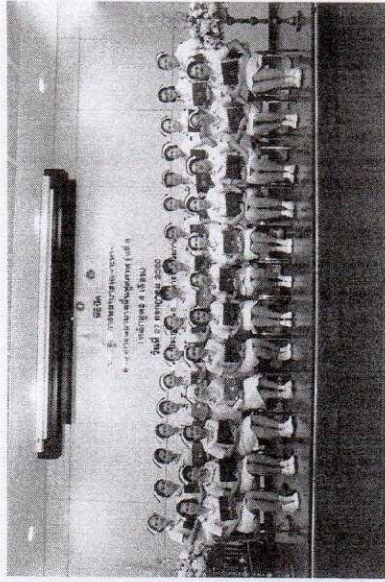
หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม

1. มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วนตามที่ระบุไว้
2. หนังสือรับรอง / ความเห็นของผู้นั่งบังคับบัญชาระดับต้น
3. คำรับรอง / หนังสืออนุมัติการลางานจากผู้นั่งบังคับบัญชา
4. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับเข้าศึกษา
อบรม โดยพิจารณาตามความจำเป็น และการกระจายของ
หน่วยงาน และอื่น ๆ
5. การตัดสินใจของคณะกรรมการประจำกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ
ถือเป็นขั้นสุดท้าย
6. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด สถาบันฯ ของสงวน
สิทธิ์ในการ งด เปิดการศึกษาอบรมในสถาบัน โดยจะแจ้ง
ให้

กำหนดการรับสมัครและการคัดเลือก

สมัครทางไปรษณีย์ ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2560
ประกาศผลการคัดเลือก

: วันที่ 22 ธันวาคม 2560





เลขประจำตัวผู้สมัคร.....
 สาขา.....การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ.....
 ระบุความเชี่ยวชาญ(เฉพาะสาขาปรสิตวิทยา).....

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
 ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
 ปีการศึกษา 2561

รูปถ่าย
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....
 ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศนามสกุล.....
 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..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
 สถานที่ทำงานปัจจุบันหน่วยงาน/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

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....

ตำแหน่ง.....

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

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ปีการศึกษา 2561 สาขา.....

ตามหลักสูตรของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

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.....	ผู้ส่ง.....
วันที่.....

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
ปีการศึกษา 2561 กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)นามสกุล.....
สาขาที่จะศึกษาอบรม..... วันที่.....ถึงวันที่.....
2. ชื่อ - นามสกุล ผู้รับรองนามสกุล.....
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.....