



ที่สำหรับคิด  
รูปถ่าย 1 นิ้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเลขที่.....

### ใบสมัครอบรม

หลักสูตรเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) :

Program of Nurse Practitioner in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis) รุ่นที่ 13

ระหว่างวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562 - 30 สิงหาคม 2562

#### ข้อมูลผู้สมัคร

- ชื่อ-สกุลผู้สมัคร ภาษาไทย.....  
ชื่อ-สกุลผู้สมัคร ภาษาอังกฤษ.....
- เพศ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี  
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
- สถานภาพ  โสด  สมรส  อื่นๆ ระบุ.....
- ที่อยู่.....  
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....
- ชื่อ-นามสกุลของคู่สมรส (ถ้ามี) นาย/นาง.....อายุ.....ปี
- เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
- อาชีพ.....
- ที่อยู่ของคู่สมรส.....  
เบอร์ติดต่อ.....
- ชื่อ-นามสกุลผู้ใกล้ชิดท่าน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
- อาชีพของผู้ใกล้ชิด.....เบอร์ติดต่อ.....
- สถานที่ ทำงานปัจจุบัน.....  
เบอร์ติดต่อ.....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....  
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....  
เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
- ท่านเคยสมัครเข้าอบรมที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นมาก่อนหรือไม่  
 เคย ครั้งนี้เป็นครั้งที่.....  ไม่เคย
- ประวัติการศึกษา

พ.ศ. ที่จบการศึกษา	วุฒิการศึกษา	สาขา	สถาบัน

14. ประวัติการทำงาน ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงปัจจุบัน

ปฏิบัติงานในตำแหน่ง	ชื่อสถานที่ทำงาน	สถานที่ตั้งของหน่วยงาน	ระยะเวลาการทำงาน (เดือน-ปี)

**การสมัครเข้าอบรม**

สมัครโดย  ต้นสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ โปรดระบุ.....

ต้นสังกัดโรงพยาบาลเอกชน โปรดระบุ.....

เป้าหมายในการเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม).....

.....  
 .....  
 .....

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารประกอบการสมัคร**

1. ใบสมัครการเข้าอบรมหลักสูตรที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
2. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน ไม่ต่ำกว่า 2 ปี
3. หนังสือยินยอมให้เข้ารับการอบรม จากต้นสังกัด
4. หนังสือรับรองความประพฤติดี มีประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
5. รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว 2 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (ติดใบสมัคร 1 ใบ)
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ชุด
7. สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล (การศึกษาต่อเนื่อง) 1 ชุด
8. สำเนาใบประกอบวิชาชีพพยาบาล 1 ชุด
9. ผลการตรวจสุขภาพตามข้อกำหนดคุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

**แจ้งความจำนง / สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่**

คุณธัญวรัตน์ ไชยตันเทือก

หน่วยไตเทียม ชั้น 4 อาคารกัลยาณิวัฒนาอนุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

เบอร์โทรศัพท์ 043 - 348-888 ต่อ 67223 , 67207-9

Email : kidney@kku.acth



แบบฟอร์มตรวจสอบสุขภาพสำหรับผู้เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) นาย/ นาง /นางสาว/.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี.....

โรคประจำตัว

มี คือ.....

ไม่มี

ส่วนที่ 2 แพทย์เป็นผู้กรอก

นายแพทย์  แพทย์หญิง.....นามสกุล.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ได้ตรวจร่างกายของ  นาย  นางสาว  นาง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวไม่ปรากฏอาการของโรคต่อไปนี้

1. วัณโรคระยะอันตราย
2. Influenza (ได้รับวัคซีนป้องกันแล้ว)
3. Hepatitis B virus (ได้รับวัคซีนป้องกัน/ มีภูมิคุ้มกันแล้ว)

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ