



สำหรับคิด
รูปถ่าย 1 นิ้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเลขที่.....

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม):
Program of Nurse Practitioner in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis) รุ่นที่ 14
ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2562 – 10 เมษายน 2563

ข้อมูลผู้สมัคร

1. ชื่อ-สกุลผู้สมัคร ภาษาไทย.....
ชื่อ-สกุลผู้สมัคร ภาษาอังกฤษ.....
 2. เพศ.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 3. สถานภาพ โสด สมรส อื่นๆ ระบุ.....
 4. ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....
 5. ชื่อ-นามสกุลของคู่สมรส (ถ้ามี) นาย/นาง.....อายุ.....ปี
 6. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
 7. อาชีพ.....
 8. ที่อยู่ของคู่สมรส.....
เบอร์ติดต่อ.....
 9. ชื่อ-นามสกุลผู้ใกล้ชิดท่าน.....เกี่ยวข้องเป็น.....
 10. อาชีพของผู้ใกล้ชิด.....เบอร์ติดต่อ.....
 11. สถานที่ ทำงานปัจจุบัน.....
เบอร์ติดต่อ.....
- เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
12. ท่านเคยสมัครเข้าอบรมที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นมาก่อนหรือไม่
 เคย ครั้งนี้เป็นครั้งที่..... ไม่เคย
 13. 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

- ใบสมัครการเข้าอบรมหลักสูตรที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
- หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน ไม่ต่ำกว่า 2 ปี
- หนังสือยินยอมให้เข้ารับการอบรม จากต้นสังกัด
- หนังสือรับรองความประพฤติดี มีประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
- รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว 2 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (ติดใบสมัคร 1 ใบ)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ชุด
- สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล (การศึกษาต่อเนื่อง) 1 ชุด
- สำเนาใบประกอบวิชาชีพพยาบาล 1 ชุด
- ผลการตรวจสุขภาพตามข้อกำหนดคุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

แจ้งความจำนง / สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่

คุณเรณู ตะไชยา

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