



ที่สำหรับคิด
รูปถ่าย 1 นิ้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเลขที่.....

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) :

Program of Nurse Practitioner in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis) รุ่นที่ 16

ระหว่างวันที่ 5 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564

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.....
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
เบอร์ติดต่อ.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....วันออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
- 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 โปรตระบุ.....
 ต้นสังกัดโรงพยาบาลเอกชน โปรตระบุ.....
 ทุนส่วนตัว

เป้าหมายในการเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม).....

.....

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบการสมัคร

1. ใบสมัครการเข้าอบรมหลักสูตรที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
2. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงาน ไม่น้อยกว่า 2 ปี
3. หนังสือยินยอมให้เข้ารับการอบรม จากต้นสังกัด (กรณีที่มีต้นสังกัด)
4. รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 1 นิ้ว 2 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน (ติดใบสมัคร 1 ใบ)
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ชุด
6. สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล (การศึกษาต่อเนื่อง) 1 ชุด
7. สำเนาใบประกอบวิชาชีพพยาบาล 1 ชุด
8. ผลการตรวจสุขภาพตามข้อกำหนดเอกสารแสดงข้อมูลป้องกันโรคติดต่อ สำหรับผู้ที่มาเรียนหรืออบรมหรือศึกษาดูงานด้านบริการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ในกรณีได้รับคัดเลือก)

การรับสมัครสอบ

1. Down load ใบสมัครและกรอกข้อมูล พร้อมหลักฐานการรับสมัครส่งได้ทาง Email : kidney@kku.ac.th
2. สมัครด้วยตนเองได้ที่ หน่วยไตเทียม ชั้น 4 อาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. สอบคัดเลือก วันที่ 25 กันยายน 2563 ณ.หน่วยไตและไตเทียม เวลา 8.30 -12.00 น.
4. สอบสัมภาษณ์ วันที่ 25 กันยายน 2563 ณ.หน่วยไตและไตเทียม เวลา 13.00 -16.00 น.
5. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกวันที่ 30 กันยายน 2563
6. ชำระเงินค่าลงทะเบียนสำหรับผู้ผ่านการคัดเลือก จำนวน 55,000 บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ในวันที่ 5 ตุลาคม 2563
7. วันอบรม 5 ตุลาคม 2563 – 31 มีนาคม 2564

แจ้งความจำนง / สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่

นางบุปผา ทองดินนอก หรือ นางสาว อรุณช ผดาวลัย
หน่วยไตเทียม ชั้น 4 อาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002
เบอร์โทรศัพท์ 043 - 348-888 ต่อ 67223 , 67207-9, 082-1057828
Email : kidney@kku.ac.th

หมายเหตุ เปิดรับสมัคร วันที่ 11 – 23 กันยายน 2563