



ที่สำหรับคิด
รูปถ่าย 1 นิ้ว

สำหรับเจ้าหน้าที่กรอกเลขที่.....

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม):
Program of Nurse Practitioner in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis) รุ่นที่ 15
(ระหว่างวันที่ 2 มีนาคม 2563 – 28 สิงหาคม 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

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

การรับสมัครสอบ

1. Down load ใบสมัครและกรอกข้อมูล พร้อมหลักฐานการรับสมัครได้ทาง Email : kidney@kku.ac.th
2. สมัครด้วยตนเองได้ที่ หน่วยไตเทียม ชั้น 4 อาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือก วันที่ 28 มกราคม 2563 ทาง Web.Site : สมาคมพยาบาลโรคไต
4. สอบคัดเลือก วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 ณ.หน่วยไตและไตเทียม เวลา 8.30 -12.00 น.
5. สอบสัมภาษณ์ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563 ณ.หน่วยไตและไตเทียม เวลา 13.00 -16.00 น.
6. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก 19 กุมภาพันธ์ 2563
7. ยืนยันการเข้าอบรมภายในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ทาง Email : kidney@kku.ac.th
8. ชำระเงินค่าลงทะเบียนสำหรับผู้ผ่านการคัดเลือก จำนวน 55,000 บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ในวันที่ 2 มีนาคม 2563
9. วันอบรม 2 มีนาคม – 28 สิงหาคม 2563

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่

คุณอุบล ภูเดช

หน่วยไตเทียม ชั้น 4 อาคารกัลยาณิวัฒนานุสรณ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

เบอร์โทรศัพท์ 043 - 348-888 ต่อ 67223 , 67207-9 ,082-1057828 ในเวลาราชการ

Email : kidney@kku.ac.th

หมายเหตุ เปิดรับสมัคร วันที่ 7 – 24 มกราคม 2563



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