

เลขประจำตัวสอบ



ติดรูปถ่าย

ขนาด 1x1"

กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
 ใบสมัครเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
 สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รุ่นที่ 7 ประจำปีการศึกษา 2568

วันที่สมัคร.....

1. คำนำหน้า-ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย).....
 คำนำหน้า-ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ).....
 ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี)
2. เกิดวันที่ อายุ ปี (นับถึงวันที่ยื่นใบสมัคร)
 สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
 สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่
3. เลขประจำตัวบัตรประชาชน..... หมดอายุวันที่.....
 เลขที่ใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล..... หมดอายุวันที่.....
 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล..... หมดอายุวันที่.....
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
- E-mail.....
5. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 ตำแหน่งปัจจุบัน.....
6. ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานสังกัด
 ทุนโรงพยาบาลสังกัดรัฐบาล ทุนโรงพยาบาลสังกัดเอกชน
 ทุนส่วนตัว ทุนอื่นๆ โปรดระบุ.....
7. ประวัติการศึกษา (เรียงตามลำดับปี พ.ศ.)

ช่วงระยะเวลาศึกษา (พ.ศ. - พ.ศ.)	สาขาที่ศึกษา	สถาบัน	เกรดเฉลี่ย

8. ประวัติการปฏิบัติงาน (เรียงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาจนถึงปัจจุบัน)

(ทุกช่วงเวลาปฏิบัติงานที่กรอกข้อมูลในตาราง จะต้องมีหนังสือรับรองการปฏิบัติงานแนบ เพื่อยืนยันว่าได้ปฏิบัติงานจริง)

ช่วงระยะเวลา ปฏิบัติงาน (พ.ศ. - พ.ศ.)	ตำแหน่ง	หน่วยงาน / โรงพยาบาล	หมายเลข โทรศัพท์	รวมระยะเวลาการ ปฏิบัติงาน		
				ปี		เดือน
				ปี		เดือน
				ปี		เดือน
				ปี		เดือน
				ปี		เดือน

9. ผู้สมัครสอบได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วย (เขียนเครื่องหมาย ในช่อง หน้ารายการที่แนบ)

- 9.1 สำเนาปริญญาบัตรทางการพยาบาล 1 ชุด พร้อมลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง (ใบรับรองผลการเรียน และ ใบคุณวุฒิ ไม่สามารถใช้แทนได้)
- 9.2 สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (Transcript) 1 ชุด พร้อมลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง
- 9.3 สำเนาบัตรประชาชน 1 ชุด พร้อมลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง
- 9.4 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง (ที่ไม่หมดอายุ) 1 ชุด พร้อมลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง
- 9.5 หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบจากผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน (หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานลงนาม พร้อมประทับตราหน่วยงาน) เฉพาะผู้ที่เข้าทุนต้นสังกัดส่งเข้าศึกษา ทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน 1 ชุด (จะใช้แบบฟอร์มตามเอกสารลำดับที่ 2 หรือใช้หนังสือรับรองที่ออกโดยหน่วยงานก็ได้)
- 9.6 หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา ในหน่วยงาน (หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานลงนาม พร้อมประทับตราหน่วยงาน) 1 ชุด (จะใช้แบบฟอร์มตามเอกสารลำดับที่ 3 หรือใช้หนังสือรับรองที่ออกโดยหน่วยงานก็ได้)
- 9.7 รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
- 9.8 ใบรับรองแพทย์ พร้อมใบรายงานผลเอกซเรย์ปอด ไม่เกิน 3 เดือน (ฉบับจริง) ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น
- 9.9 สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าสมัครสอบ โดยโอนเงินค่าสมัคร 400.- บาท (สี่ร้อยบาทถ้วน) ชื่อบัญชี มูลนิธิเพื่อกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชมรม ANNGA เลขที่บัญชี 038-7-45348-3
ธนาคารทหารไทยธนชาต สาขา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- 9.10 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล (ถ้ามี) 1 ชุด พร้อมลงลายมือชื่อสำเนาถูกต้อง

10. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้สมัครสอบที่แนบหลักฐานประกอบการรับสมัครไม่ครบตามที่ประกาศไว้ งดรับพิจารณาและไม่รับสมัครสอบ

หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

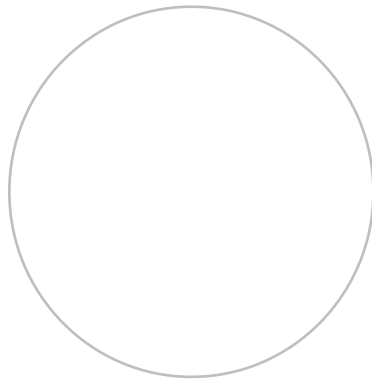
ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัดโรงพยาบาล กรม

กระทรวง จังหวัด

ขอรับรองว่าผู้สมัคร คือ นาง/นางสาว/นาย ตำแหน่ง

เป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้มาสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) รุ่นที่ 7 ปีการศึกษา 2568 และหากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้าอบรมจะต้องดำเนินการขออนุมัติลาศึกษาอบรมแบบเต็มเวลาต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงที่มีสิทธิ์อนุมัติให้ลาศึกษาต่อได้ต่อไป



ลงนาม

(.....)

ตำแหน่ง

ตราประทับหน่วยงาน

หมายเหตุ : ผู้ลงนาม คือ ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด, หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาสมัครได้

หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ

เรียน ประธานหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตฯ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัดโรงพยาบาล กรม

กระทรวง จังหวัด โทรศัพท์

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย

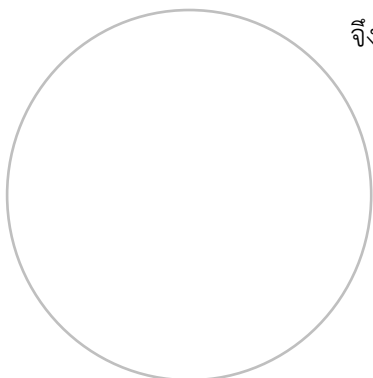
ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย ตำแหน่ง

ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล ณ หน่วยงาน เป็นระยะเวลา ปี เดือน

(นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรอง และประเมินการปฏิบัติงานดังนี้

	ดีมาก	ดี	พอใช้
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. มนุษยสัมพันธ์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ความประพฤติ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. สุขภาพ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ทักษะต่อวิชาชีพพยาบาล	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. สามารถรับมือภายใต้ภาวะความกดดัน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม

.....

ตำแหน่ง

ตราประทับหน่วยงาน

หมายเหตุ ผู้ลงนาม คือ ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด, หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

กรุณาส่ง

ร้อยเอกหญิง รัตนาวรรณ ดิษฐปาน
แผนกโรคไต กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร : 063-989-0341

หมายเหตุ : เอกสารประกอบการรับสมัครโครงการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) รุ่น 7 ประจำปี 2568

สำหรับปะหน้าของส่งเอกสารกลับ

ให้ส่งเอกสารการสมัครสอบทาง ไปรษณีย์ไทย เท่านั้น

ไม่รับเอกสารที่ส่งผ่านขนส่งเอกชน อันได้แก่

Flash Express / Lalamove / Kerry / Lineman / Grab / J&T Express เป็นต้น

เนื่องจากเอกสารจะสูญหาย หากเอกสารสูญหายทางเราจะไม่รับผิดชอบ

(หากมีข้อสงสัยใดๆ กรุณาติดต่อ 063-989-0341 ในวัน และเวลาราชการ)