



กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก  
 ใบสมัครเข้าร่วม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง  
 สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต รุ่นที่ 9 ประจำปีการศึกษา 2570

วันที่สมัคร.....

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

| ระดับปริญญา | ปี พ.ศ. | สาขาที่ศึกษา | สถาบัน |
|-------------|---------|--------------|--------|
|             |         |              |        |
|             |         |              |        |
|             |         |              |        |

8. ประวัติการปฏิบัติงาน รวมแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี (ต้องมีหนังสือรับรองการปฏิบัติงานแนบ เพื่อยืนยันว่าได้ปฏิบัติงานจริง)

| ปฏิบัติงาน<br>(พ.ศ. - พ.ศ.) | ตำแหน่ง | หน่วยงาน / โรงพยาบาล | ระยะเวลาการ<br>ปฏิบัติงาน |
|-----------------------------|---------|----------------------|---------------------------|
|                             |         |                      |                           |
|                             |         |                      |                           |
|                             |         |                      |                           |
|                             |         |                      |                           |
|                             |         |                      |                           |

9. ผู้สมัครสอบได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วย (เขียนเครื่องหมาย ☒ ในช่องหน้ารายการที่แนบ)

- ☐ 9.1 สำเนาปริญญาบัตรทางการพยาบาล 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง  
(ใบรับรองผลการเรียน และใบคุณวุฒิ ไม่สามารถใช้แทนได้)
- ☐ 9.2 สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (Transcript) 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ 9.3 สำเนาบัตรประชาชน 1 ชุด (ที่ไม่หมดอายุ) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ 9.4 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง (ที่ไม่หมดอายุ) 1 ชุด  
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ 9.5 หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบจากผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน เฉพาะผู้ที่ใช้ทุนต้นสังกัดส่งเข้าศึกษา  
ทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน (ใช้แบบฟอร์มตามเอกสารลำดับที่ 2 หรือใช้หนังสือรับรองที่ออก  
โดยหน่วยงานต้นสังกัดได้)
- ☐ 9.6 หนังสือรับรองการทำงานในการพยาบาลผู้ป่วย รวมแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี นับถึงวันประกาศรับสมัครสอบ  
(ผู้รับรองต้องเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือกรรมการผู้จัดการ)  
(ใช้แบบฟอร์มตามเอกสารลำดับที่ 3 หรือใช้หนังสือรับรองที่ออกโดยหน่วยงานต้นสังกัดได้)
- ☐ 9.7 รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ขนาด 1 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)
- ☐ 9.8 ใบรับรองแพทย์ พร้อมใบรายงานผลเอกซเรย์ปอด (ไม่เกิน 3 เดือน นับถึงวันประกาศรับสมัครสอบ)  
ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐบาล หรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น
- ☐ 9.9 สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าสมัครสอบ โดยโอนเงินค่าสมัคร 400.- บาท (สี่ร้อยบาทถ้วน) เข้าบัญชี  
ชื่อบัญชี มูลนิธิเพื่อกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชมรม ANNGA  
เลขที่บัญชี 038-7-45348-3 ธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ☐ 9.10 เอกสารการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล (ถ้ามี) 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

หมายเหตุ ผู้สมัครสอบที่แนบหลักฐานประกอบการรับสมัครไม่ครบตามที่ประกาศไว้ งดรับพิจารณาและไม่รับสมัครสอบ

หนังสือรับรองการขออนุมัติสอบ

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

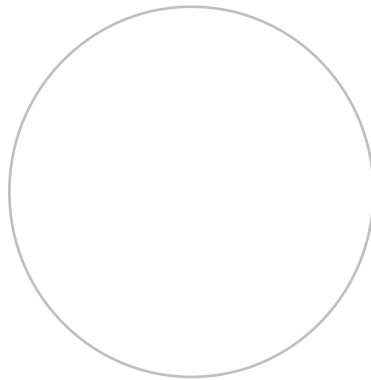
ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

สังกัดโรงพยาบาล ..... กรม .....

กระทรวง ..... จังหวัด .....

ขอรับรองว่าผู้สมัคร คือ นาง/นางสาว/นาย ..... ตำแหน่ง .....

เป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้มาสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้ารับการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) รุ่นที่ 9 ปีการศึกษา 2570 และหากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้าอบรมจะต้องดำเนินการขออนุมัติลาศึกษาอบรมแบบเต็มเวลาต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงที่มีสิทธิ์อนุมัติให้ลาศึกษาต่อได้ต่อไป



ลงนาม .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

ตราประทับหน่วยงาน

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

หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน ประธานหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไตฯ

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

สังกัดโรงพยาบาล ..... กรม .....

กระทรวง ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ .....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย .....

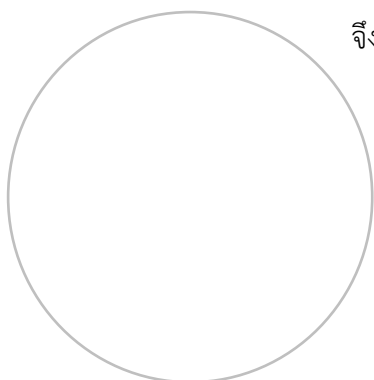
ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย ..... ตำแหน่ง .....

ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล ณ หน่วยงาน ..... เป็นระยะเวลา ..... ปี ..... เดือน

(นับถึงวันสุดท้ายของการรับสมัคร)

ข้าพเจ้าขอรับรอง และประเมินการปฏิบัติงานดังนี้

|                                    | ดีมาก                 | ดี                    | พอใช้                 |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. การปฏิบัติตามระเบียบวินัย       | <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