

กลุ่มงานโสตศอนาสิกและรูปแบบวิการ  
รับเลขที่ ๑๓๕๓  
วันที่ ๒๓๐/๓.๑.๖๐  
เวลา ๑๕:๐๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
รับเลขที่ ๑๕๓๓๖  
วันที่ ๓๐ ต.ค. ๒๕๖๐  
เวลา ๑๐.๓๕.๓.



ที่ สธ ๐๓๐๖/ ๕๕๓๐

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์  
สี่ลม บางรัก กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครบุคลากรเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ คณบดี/ อธิบดี/ ผู้อำนวยการวิทยาลัย  
พยาบาล/ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด  
ด้วยโรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์  
จะเปิดรับสมัครพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ เข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการ  
พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์  
๒๕๖๑ จนถึงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ซึ่งมีระยะเวลาการศึกษาอบรม ๑๖ สัปดาห์ ในกรณีนี้ ขอความ  
อนุเคราะห์ท่านในการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรผู้สนใจสมัครเข้าอบรม ตามรายละเอียดที่แนบพร้อมนี้  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมดังกล่าวด้วย  
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....  
ดำเนินการ - ๖๕๕

๐๓๐

(นางฉวีชนา ตั้งชาติ)  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
๓๐ ต.ค. ๒๕๖๐

๓๐ ต.ค.

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

- ขอขอบคุณที่  
พร.  
30.10.60.

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล  
โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘ หรือ ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๓๗  
มือถือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๔๙๔๙ หรือ ๐๘ ๑๒๑๔ ๐๐๖๖  
โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๕๖

ประกาศ โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์  
รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐

.....

โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรม  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ปีการศึกษา ๒๕๖๐ โดยมี  
วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพและทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์เพิ่มมากขึ้น  
ดังต่อไปนี้

**ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๖ สัปดาห์**

ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ - ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ จำนวน ๓๖ คน

หมายเหตุ :- ขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการศึกษาอบรม ถ้ามีจำนวนผู้สมัครไม่ถึง ๒๕ คน

**การรับสมัคร**

รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ทางไปรษณีย์ สามารถดาวน์โหลด  
ใบสมัครได้ที่ [www.lerdsin.go.th](http://www.lerdsin.go.th)

**คุณสมบัติของผู้สมัคร**

ผู้มีสิทธิ์เข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นพยาบาลวิชาชีพ วุฒิประกาศนียบัตรทางการพยาบาล หรือปริญญาบัตรทางการพยาบาล  
และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑
๒. เป็นผู้ที่กำลังปฏิบัติงาน หรือทำการสอน ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ในสาขาวิชาที่ประสงค์จะเข้าศึกษา  
อบรม
๓. มีประสบการณ์ในการทำงานทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับถึงวันสมัคร
๔. ได้รับอนุมัติให้ลาเข้าศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

**เอกสารประกอบการสมัคร**

๑. สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น ประกาศนียบัตร ปริญญาบัตรทางการพยาบาล จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรตามวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑  
(ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด
๔. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด (ไม่อนุญาตให้ใช้บัตรประจำตัวข้าราชการ)
๕. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เป็นรูปถ่าย  
ระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร
๖. สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)
๗. หนังสือรับรอง/ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษา  
อบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน (รพล.ฉท.๐๑ หน้า ๓, ๔)
๘. สำเนาหลักฐานการโอนค่าสมัคร (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท

### การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาสีลม ชื่อบัญชี โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่บัญชี ๐๒๒-๑-๐๖๔๕๔-๐ จำนวน ๒๐๐ บาท (สำเนาสลิปโอนเงินส่งโทรสาร ภายในวันที่โอนเงิน) ในวัน และเวลาราชการ

### หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง/ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาในระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. โรงพยาบาลเลิดสิน ขอสงวนสิทธิ์ในการคัดเลือก โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และตามความจำเป็นของหน่วยงาน
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ออร์โธปิดิกส์ ถือเป็นที่สุด
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขาดังกล่าว โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

### การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์โรงพยาบาลเลิดสิน [www.lerdsin.go.th](http://www.lerdsin.go.th) วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

### การรายงานตัวและลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๙ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑ โดยปฏิบัติดังนี้

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาสีลม ชื่อบัญชี โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่บัญชี ๐๒๒-๑-๐๖๔๕๔-๐ ตามอัตราค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมดังตารางต่อไปนี้

สาขาการพยาบาล	ค่าลงทะเบียน
ออร์โธปิดิกส์	๔๐,๐๐๐ บาท

๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์แล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการจัดส่ง เอกสารดังนี้

๒.๑ หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ-นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย

๒.๒ ใบคำร้องขอทำบัตรแสดงตน (ดาวน์โหลดได้ที่ [www.lerdsin.go.th](http://www.lerdsin.go.th))

๒.๓ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เป็นรูปถ่ายในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่า สละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ภายหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมแล้ว โรงพยาบาลเลิดสิน และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน

โทร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘ หรือ ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๓๗

มือถือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๔๙๔๙ หรือ ๐๘ ๑๒๑๔ ๐๐๖๖

โทรสาร ๐ ๒๓๕๓ ๙๗๕๖



(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน



( รพล.ฉท. 01 )

กรมการแพทย์  
โรงพยาบาลเลิดสิน

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....  
การพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน  
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560

รูปถ่าย  
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

● ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....  
 ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rank .....นามสกุล.....  
 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา..... เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
 อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน.....  
 สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า / แยก  
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....  
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... E-mail.....  
 เลขที่ใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  
 สถานที่ทำงานปัจจุบัน ..... หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....  
 เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
 สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่ทำงาน  
 ● ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด..... เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....  
 ที่อยู่..... โทรศัพท์.....  
 ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

2. ประวัติการศึกษา

2.1 การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา / คุณวุฒิ (จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา



6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้วจะต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเลิดสิน

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....  
 (.....)  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ..... ตำแหน่ง..... ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ศึกษาระดับปริญญาตรีที่คณะพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560 ตามหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลเลิดสิน

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่หลักสูตรฯ	สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน	ดำเนินการส่งคืนใบเสร็จรับเงิน
เจ้าหน้าที่รับใบสมัคร..... วันที่..... ( ) ตนเอง (เงินสด) ( ) ทางไปรษณีย์ หลักฐานการโอนเงินเลขที่..... ธนาคาร..... สาขา..... วันที่.....	จำนวนเงิน.....-200.-.....บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่..... วันที่..... ผู้รับเงิน..... (.....) วันที่.....	วันที่ส่ง..... ส่งไปที่..... ..... ..... ..... ผู้ส่ง.....

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น  
 สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ 46 ปีการศึกษา 2560  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับโรงพยาบาลเลิดสิน

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) ..... นามสกุล.....  
 ศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ วันที่..... ถึงวันที่.....
2. ชื่อ - สกุล ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น ..... นามสกุล .....  
 ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....  
 โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....
3. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น
  - 3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....
  - 3.2 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น / การตัดสินใจ / การแก้ปัญหา.....
  - 3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....
  - 3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....
  - 3.5 ความสามารถพิเศษอื่น.....
4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาระดับปริญญาตรี.....

ลงนาม.....  
 วันที่.....