

ข้อบังคับสภาการพยาบาล

ว่าด้วยการขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและการอื่น ๆ
ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์
หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๐

เพื่อปรับปรุงแบบคำขอขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมทั้งแบบคำขอต่ออายุใบอนุญาตดังกล่าว ให้เหมาะสม โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ เพิ่มขึ้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๒ (๓) (จ) (ฐ) มาตรา ๒๘ มาตรา ๓๑ และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ ซึ่งมาตรา ๒๘ แก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐ คณะกรรมการ สภาการพยาบาลจึงออกข้อบังคับไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อบังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการขึ้นทะเบียน การออก ใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๐

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ แบบ ทญ.1 และคำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ แบบ ทญ.6 ทำข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วย การขึ้นทะเบียน การออกใบอนุญาต การต่ออายุใบอนุญาตและการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับใบอนุญาตเป็นผู้ ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๔๕ และ ให้ใช้คำขอขึ้นทะเบียน และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามแบบ ทญ.1 และคำขอต่ออายุ ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพตามแบบ ทญ.6 ที่สภาการพยาบาลประกาศกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๐

วิจิตร ศรีสุพรรณ

นายกสภาการพยาบาล



ทญ.1

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

- ☐ การพยาบาล ชั้น...☐ หนึ่ง ...☐ สอง
- ☐ การผดุงครรภ์ ชั้น...☐ หนึ่ง ...☐ สอง
- ☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น...☐ หนึ่ง ...☐ สอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่สมาชิกสามัญสภาการพยาบาล (สำหรับผู้ที่ไม่มีเลขที่สมาชิกอยู่แล้ว)

บัตรออกให้วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลทั่วไป

4. ข้าพเจ้า คำนำหน้า ☐นาย☐นาง☐นางสาว☐ (ยศหรือคำนำหน้าอื่นๆ ระบุ).....

ชื่อ....(ไทย).....สกุล.....

ชื่อ.(ภาษาอังกฤษ).....สกุล.....

ชื่อเดิมตามใบประกอบวิชาชีพครั้งสุดท้าย(ถ้ามี).....

สกุลเดิมตามใบประกอบวิชาชีพครั้งสุดท้าย(ถ้ามี).....

5. เลขประจำตัวประชาชน

6. วันเดือนปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ปัจจุบัน อายุ.....ปี

7. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

8. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

9. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

10. สถานที่ติดต่อ

สถานที่ต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อหรือส่งเอกสาร

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ./เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร..... E-mail.....

ข้อมูลการปฏิบัติงาน (หากยังไม่ได้ปฏิบัติงาน ให้ข้ามไปและแจ้งให้สภาการพยาบาลทราบโดยเร็วเมื่อปฏิบัติงานแล้ว)

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ฝ่าย/แผนก/งาน.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

ประเภทของหน่วยงาน

- ☐ หน่วยงานราชการ สังกัด กระทรวง.....
☐ ภาคเอกชน ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
☐ กิจการส่วนตัว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงานที่ปฏิบัติ

- ☐ เป็นหน่วยงานให้บริการ
- | | |
|--|---|
| ☐ สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน | ☐ ศูนย์การแพทย์ / สถานีกาชาด |
| ☐ โรงพยาบาลชุมชน | ☐ โรงพยาบาลทั่วไป |
| ☐ โรงพยาบาลจิตเวช | ☐ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ |
| ☐ โรงพยาบาลกรมราชทัณฑ์ | ☐ โรงพยาบาลแม่และเด็ก |
| ☐ โรงพยาบาลศูนย์ | ☐ สถาบันมะเร็ง |
| ☐ สถาบันประสาท | ☐ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย |
| ☐ โรงพยาบาลเอกชน | ☐ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม |
| ☐ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย | ☐ โรงพยาบาลในสังกัดรัฐวิสาหกิจ |
| ☐ โรงพยาบาลในสังกัดสภาการพยาบาลไทย | ☐ โรงพยาบาลในสังกัด สตช. |
| ☐ คลินิก เอกชน | ☐ ร้านขายยา |
| ☐ อื่นๆ ระบุ (ชื่อสถานบริการ) | |

☐ หน่วยงานการศึกษา

☐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

☐ สังกัดกระทรวงกลาโหม

☐ สังกัดเอกชน

☐ สังกัดสภาวิชาชีพ

☐ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

☐ สังกัด กทม.

☐ สังกัดกระทรวง(ระบุ).....

☐ อื่นๆระบุ. (ชื่อสถานบริการ).....

☐ หน่วยงานสนับสนุน

☐ สภาการพยาบาล

☐ สภาวิชาชีพ

☐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย /สาขา.....

☐ หน่วยงานอื่นๆในกระทรวงสาธารณสุข

☐ อื่นๆ ระบุ.....

☐ พยาบาลระดับปฏิบัติการ ในหน่วยงาน

☐ OPD ☐ ER ☐ LR ☐ OR ☐ วิสัญญี ☐ IC

☐ ICU ☐ CCU ☐ NICU ☐ SICU ☐ MICU ☐ ICU อื่นๆระบุ.....

☐ Ward

☐ ศัลยกรรม

☐ ศัลยกรรม กระดูก

☐ อายุรกรรม

☐ กุมารเวชกรรม

☐ สูติกรรม/ นรีเวชกรรม

☐ หู คอ จมูก

☐ ตา

☐ งานเวชปฏิบัติครอบครัว

☐ งาน รักษาพยาบาล งานเวชกรรมสังคม

☐ สถานีอนามัย PCU

☐ PCU

☐ อาจารย์ พยาบาล

☐ นักวิชาการพยาบาล

☐ ตำแหน่ง อื่นๆ ระบุ.....ฝ่าย / แผนก/ งาน

☐ อื่นๆระบุ.....

12. ตำแหน่ง

ชื่อตำแหน่ง.(ตาม บัญชีกำหนดตำแหน่ง).....ระดับ.....

เงินเดือน.....บาท/เดือน เงินประจำตำแหน่ง.....บาท/เดือน

เงินค่าล่วงเวลาเฉลี่ย.....บาท/เดือน เงินเพิ่มพื้นที่เสี่ยงภัย.....บาท/เดือน

รายได้อื่นๆ ระบุ.....เฉลี่ย.....บาท/เดือน

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ได้รับ ☐ ปริญญา ☐ ประกาศนียบัตรใน

วิชาชีพสาขา.....

ได้ผ่านการสอบความรู้ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลประจำปี พ.ศ.....การสอบครั้งที่.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ชั้น.....

ประเภท

☐ การพยาบาล ☐ การผดุงครรภ์ ☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์

พร้อมคำขอนี้ได้แนบเอกสารและหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(1) สำเนาทะเบียนบ้าน

(2) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก

(1) สำเนาเอกสารแสดงความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ ปริญญา ☐ ประกาศนียบัตร ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

(4) ใบแจ้งผลการสอบความรู้ ตามประเภทและชั้นของใบอนุญาตที่สภาการพยาบาลออกให้

(5) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้น.....

กรณียื่นคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์

(6) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับ

ใบอนุญาตสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและไม่มีสัญชาติไทย คือ.....

(7) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือนจำนวน 3 รูป

(8) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต จำนวน..... บาท

(.....) มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

☐ ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล

☐ ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

เลขที่รับเอกสาร

วันที่



ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

☐ การพยาบาล ชั้น...☐ 1...☐ 2

☐ การผดุงครรภ์ ชั้น...☐ 1...☐ 2

☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.... ☐ 1...☐ 2

ต่ออายุครั้งที่ ☐ 1...☐ 2...☐ 3 ☐ 4...☐ 5. ☐ 6...☐ 7. ☐ 8...☐ 9. ☐ 10

1. เลขที่บัตรสมาชิกสมาคมสภาการพยาบาล

ออกให้วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... หหมดอายุวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

2. เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ออกให้วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... หหมดอายุวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้อมูลทั่วไป

3. ข้าพเจ้า คำนำหน้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ (ยศหรือคำนำหน้าอื่นๆ ระบุ).....

ชื่อ(ไทย) ชื่อ(ภาษาอังกฤษ)

ชื่อเดิมตามใบประกอบวิชาชีพครั้งสุดท้าย (ถ้ามี)

สกุล(ไทย) สกุล(ภาษาอังกฤษ)

สกุลเดิมตามใบประกอบวิชาชีพครั้งสุดท้าย(ถ้ามี)

4. เลขประจำตัวประชาชน ☐-☐☐☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐-☐

5. วันเดือนปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบัน อายุ.....ปี

6. เชื้อชาติ สัญชาติ..... ศาสนา

7. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

8. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

9. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

10. **สถานที่ติดต่อ** สถานที่ต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อหรือส่งเอกสาร

บ้านเลขที่/สถานที่ปฏิบัติงาน..... ชื่อหมู่บ้าน.....

ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail

11. ข้อมูลการปฏิบัติงาน

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ประเภทของหน่วยงาน

- ☐ หน่วยงานราชการ สังกัด กระทรวง.....
- ☐ ภาคเอกชน ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- ☐ กิจกรรมส่วนตัว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงานที่ปฏิบัติ

- ☐ เป็นหน่วยงานให้บริการ
- ☐ สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ☐ ศูนย์การแพทย์ / สถานีกาชาด
- ☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลทั่วไป ☐ โรงพยาบาลจิตเวช
- ☐ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ☐ โรงพยาบาลกรมราชทัณฑ์ ☐ โรงพยาบาลแม่และเด็ก
- ☐ โรงพยาบาลศูนย์ ☐ สถาบันมะเร็ง ☐ สถาบันประสาท
- ☐ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ☐ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม
- ☐ โรงพยาบาลเอกชน ☐ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย
- ☐ โรงพยาบาลในสังกัดรัฐวิสาหกิจ ☐ โรงพยาบาลในสังกัดสภากาชาดไทย
- ☐ โรงพยาบาลในสังกัด สตช. ☐ คลินิก เอกชน ☐ ร้านขายยา
- ☐ อื่นๆ ระบุ (ชื่อสถานบริการ)
- ☐ หน่วยงานการศึกษา
- ☐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ☐ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ
- ☐ สังกัดกระทรวงกลาโหม ☐ สังกัด กทม. ☐ สังกัดเอกชน
- ☐ สังกัดกระทรวง(ระบุ)..... ☐ สังกัดสภากาชาดไทย
- ☐ อื่นๆ ระบุ (ชื่อสถานบริการ).....
- ☐ หน่วยงานสนับสนุน
- ☐ สภากาชาด ☐ สำนักงานพยาบาล ☐ สภากาชาด
- ☐ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย / สาขา.....
- ☐ หน่วยงานอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ประเภทงานที่ปฏิบัติหลัก (ตอบเพียงหน่วยงานหลักเท่านั้น)

- ☐ ผู้บริหาร
- ☐ อธิการบดี ☐ รองอธิการบดี ☐ ผู้ช่วยอธิการบดี
- ☐ คณบดี ☐ รองคณบดี ☐ ผู้ช่วยคณบดี
- ☐ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล ☐ รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
- ☐ ผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัย พยาบาล
- ☐ หัวหน้าพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ (รวม ตำแหน่งที่เรียกชื่ออื่นๆ ที่เป็นผู้บริหารสูงสุด
ในระดับองค์กรพยาบาล)
- ☐ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ☐ ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

☐ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล/รองหัวหน้าพยาบาล ☐ หัวหน้างาน ระบุ
☐ ผู้ตรวจการ ระบุ..... ☐ หัวหน้าหน่วย ระบุ
☐ หัวหน้าหอผู้ป่วย ระบุ.....
☐ OPD ☐ ER ☐ LR ☐ OR ☐ วิสัญญี ☐ IC
☐ ICU ☐ CCU ☐ NICU ☐ SICU ☐ MICU ☐ ICU อื่นๆระบุ.....
☐ Ward
☐ ศัลยกรรม ☐ ศัลยกรรม กระดูก ☐ อายุรกรรม
☐ กุมารเวชกรรม ☐ สูติกรรม/ นรีเวชกรรม ☐ หู คอ จมูก
☐ ตา ☐ อื่นๆระบุ.....
☐ ผู้บริหารอื่นๆ
☐ หัวหน้างาน เวชปฏิบัติครอบครัว ☐ หัวหน้างาน รักษาพยาบาล งานเวชกรรมสังคม
☐ หัวหน้างาน PCU ☐ เจ้าของกิจการ /ผู้จัดการ
☐ ผู้บริหารตำแหน่งอื่นๆ.(ระบุ)..... ☐ อื่นๆระบุ.....
☐ พยาบาลระดับปฏิบัติการ ในหน่วยงาน
☐ OPD ☐ ER ☐ LR ☐ OR ☐ วิสัญญี ☐ IC
☐ ICU ☐ CCU ☐ NICU ☐ SICU ☐ MICU ☐ ICU อื่นๆระบุ.....
☐ Ward
☐ ศัลยกรรม ☐ ศัลยกรรม กระดูก ☐ อายุรกรรม
☐ กุมารเวชกรรม ☐ สูติกรรม/ นรีเวชกรรม ☐ หู คอ จมูก
☐ ตา
☐ งานเวชปฏิบัติครอบครัว ☐ งาน รักษาพยาบาล งานเวชกรรมสังคม
☐ สถานีอนามัย PCU ☐ PCU
☐ อาจารย์ พยาบาล ☐ นักวิชาการพยาบาล
☐ ตำแหน่ง อื่นๆ ระบุ.....ฝ่าย / แผนก/ งาน
☐ อื่นๆระบุ.....

12. ตำแหน่ง

ชื่อตำแหน่ง (ตาม บัญชีกำหนดตำแหน่ง) ระดับ.....

เงินเดือน.....บาท/เดือน เงินประจำตำแหน่ง.....บาท/เดือน

เงินค่าล่วงเวลาเฉลี่ย.....บาท/เดือน เงินเพิ่มพื้นที่เสี่ยงภัย.....บาท/เดือน

รายได้อื่นๆ ระบุ..... เฉลี่ย.....บาท/เดือน

13. การศึกษา

13.1 สำหรับผู้ที่จบ ระดับประกาศนียบัตร (ผู้ที่จบ พยาบาลเทคนิคหรือวุฒิอื่นทางด้านสาธารณสุข ก่อนระดับปริญญาตรีพยาบาล)

วุฒิเดิม สถาบันที่จบ..... ปีที่สำเร็จ

วุฒิระดับปริญญาตรี.....สถาบันที่จบ..... ปีที่สำเร็จ

ระดับปริญญาโท..... สถาบันที่จบ..... ปีที่สำเร็จ

ระดับปริญญาเอก.....สถาบันที่จบ..... ปีที่สำเร็จ

การศึกษาหลังปริญญาในระดับการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา.....
 สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 การศึกษาหลังปริญญาระบุ.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 13.2 สำหรับผู้ที่จบ ระดับประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์หรือปริญญาตรีทางการพยาบาล
 วุฒิระดับปริญญาตรี.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 ระดับปริญญาโท.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 ระดับปริญญาเอก.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 การศึกษาหลังปริญญาในระดับการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา.....
 สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 การศึกษาหลังปริญญาระบุ.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ โดยแนบหลักฐาน ดังนี้

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล
- (3) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ชั้น.....ประเภท.....
- (4) สำเนาใบประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอต่อใบอนุญาตสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและไม่มีสัญชาติไทย
- (5) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด จำนวน.....ฉบับ
 คำนวณจำนวนหน่วย CNEU ได้หน่วย
- (6) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป
- (7) เอกสารการชำระเงิน จำนวน.....บาท

☐ ชำระเป็นเงินสด ณ. สำนักงานสภาการพยาบาล

☐ โอนเข้าบัญชีของสภาการพยาบาล ผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) สาขาย่อย
 กระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี “สภาการพยาบาล” โดยชำระผ่านระบบ Teller payment
 company code = MDSTNC โดยแนบSlip จากธนาคารมาพร้อมหลักฐานด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

- สำหรับข้อมูลต่าง ๆ นอกจากจะใช้ประกอบการพิจารณาต่ออายุใบอนุญาตแล้ว
 สภาการพยาบาลจะใช้เป็นข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาวิชาชีพด้วย
- ข้อมูลส่วนบุคคลจะไม่เปิดเผย โดยดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสาร
 ของราชการ (พรบ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540)