**หนังสือแสดงเจตจำนงในการสอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติ**

ติดรูปถ่าย

ขนาด

1 นิ้ว

**แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์**

**ประจำปี พ.ศ. 2564**

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

วันที่...........เดือน...........................พ.ศ. ..................

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ............................................................................................................................................

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ...................................................................................................................................

เกิดวันที่.......................เดือน................................................พ.ศ. ............................อายุ..........................................ปี

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล ...................................... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ......................................

**ที่อยู่ปัจจุบัน** บ้านเลขที่...............................หมู่ที่...........ซอย.....................................ถนน..........................................

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

รหัสไปรษณีย์......................................โทรศัพท์......................................โทรศัพท์มือถือ..............................................

E-mail..........................................................................................................................................................................

**สถานที่ปฏิบัติงาน** ..................................................................แผนก............................................เลขที่...................... ซอย..........................................ถนน.............................................ตำบล/แขวง............................................................อำเภอ/เขต.......................................................จังหวัด.........................................รหัสไปรษณีย์..................................โทรศัพท์..................................................................โทรสาร.........................................................................................

**สถานที่ที่ติดต่อได้สะดวก** 🞏 บ้าน 🞏 ที่ทำงาน

**สาขาที่ขอสอบหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์**

🞏 สาขา ................................................................. 🞏 แขนง (ถ้ามี)…………………………………………………

**ประวัติการสอบวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติ**

🞏ไม่เคยสอบ 🞏 เคยสอบ แต่สอบไม่ผ่าน

🞏 เคยได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและ

การผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาล สาขา...............................................................................................

ออกให้ ณ วันที่ ........................................................................................................................................

**สถานภาพทางการศึกษา**

🞏 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาล สาขา.......................................................................

เมื่อวันที่ ..............เดือน ......................... พ.ศ. ..................จาก ..................................................................................

🞏 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอกทางการพยาบาล สาขา.....................................................................

เมื่อวันที่ .............เดือน .......................... พ.ศ. ..................จาก ..................................................................................

🞏 ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จากต่างประเทศ สาขา ..............................................................................ประเทศ…………….……….……………….……..

**ลักษณะและปริมาณงานที่ปฏิบัติ หลังสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาล**

1. ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน...................................................................................................................................

2. ปฏิบัติงานการพยาบาลในผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน กลุ่มเป้าหมาย เป็นเวลา................. ปี............... เดือน

3. มีจำนวนผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบตรงสาขาที่ขอสอบ จำนวน ....................... คน หรือครอบครัว.................ครอบครัว หรือชุมชน.................ชุมชน

4. กลุ่มผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน กลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบดูแล ที่มีปัญหาซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง (ระบุให้ละเอียด) .........................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

5. การมีประสบการณ์เป็นผู้นำในการสร้างนวัตกรรม หรือ Clinical practice guideline ตลอดจนการนำไปใช้และการประเมินผล จำนวน..............เรื่อง (ระบุรายละเอียด พร้อมหลักฐาน)

* หลักฐานการเป็นผู้นำในการสร้างนวัตกรรม 🞏 มี 🞏 ไม่มี
* หลักฐานในการสร้าง CPG 🞏 มี 🞏 ไม่มี
* อื่นๆ ระบุ.........................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

6. การมีประสบการณ์ในการสอน ชี้แนะ เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักศึกษา พยาบาล นักศึกษาในทีมสุขภาพ และทีมงาน (ระบุรายละเอียด พร้อมหลักฐาน)

* หลักฐานคำสั่งแต่งตั้ง/หนังสือเชิญ ให้เป็นผู้สอน 🞏 มี 🞏ไม่มี
* หลักฐานอื่นๆ เช่น ตารางการเรียนการสอน 🞏 มี 🞏ไม่มี

เอกสารประกอบการสอน เป็นต้น

* อื่นๆ ระบุ.......................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

7. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ (ระบุรายละเอียด พร้อมหลักฐาน ดังนี้)

* หลักฐานคำสั่งแต่งตั้ง/หนังสือเชิญ ที่เกี่ยวข้อง 🞏 มี 🞏ไม่มี
* เอกสารโครงการ/สรุปผลการดำเนินโครงการ 🞏 มี 🞏ไม่มี
* รูปถ่ายกิจกรรมการดำเนินโครงการ 🞏 มี 🞏ไม่มี
* อื่นๆ ระบุ......................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

8. มีผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ภายใน ๕ ปีก่อนสอบ หรือคาดว่าจะได้รับการตีพิมพ์ก่อนสอบในวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีวารสารไทย [Thailand Citation Index Center (TCI)] หรือวารสารที่สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษารับรอง (สกอ.) หรือวารสารนานาชาติ (พร้อมแนบหลักฐาน)

* หลักฐานการตีพิมพ์ลงวารสาร 🞏 มี 🞏ไม่มี
* หลักฐานการมีส่วนร่วม/สัดส่วนผลงานที่ได้ 🞏 มี 🞏ไม่มี
* อื่นๆ ระบุ....................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อ......................................................

 (....................................................)

ผู้ประสงค์จะขอสอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติ

 วันที่........เดือน...................พ.ศ. ..........

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา**

ข้าพเจ้า.........................................................................................................................................................................

ตำแหน่ง ......................................................................................................................................................................

ขอรับรองว่า(ชื่อผู้ประสงค์จะขอสอบ)..........................................................................................................................

ได้ปฏิบัติงานที่..............................................................................................................................................................

โดยมีลักษณะของ ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ หรือครอบครัว หรือชุมชน ที่รับผิดชอบดูแล ดังนี้..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................

โดยมีคุณสมบัติและผลงานจริงทุกประการ

ลายมือชื่อ...................................................

 (...........................................................)

 ตำแหน่ง............................................................

 วันที่............เดือน..........................พ.ศ. ............

 (ประทับตราหน่วยงาน)

**หมายเหตุ** กรุณาแนบหลักฐานสำเนาบัตรข้าราชการ หรือสำเนาบัตรประชาชน ของผู้บังคับบัญชาด้วย