



แบบสมัครเข้าปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ระยะรุนแรง (COVID ICU)

ชื่อ-นามสกุล ผู้สมัคร.....อายุ.....ปี เพศ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

โรงพยาบาล/หน่วยงานที่กำลังปฏิบัติงาน.....

ICU อายุรกรรม ICU ศัลยกรรม ICU อื่นๆ โปรดระบุ.....

มีประสบการณ์ ICU มานาน..... ปี วิทยาลัยพยาบาล และมีประสบการณ์วิทยาลัยพยาบาล.....ปี

โรงพยาบาลที่สังกัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สถานพยาบาลเอกชน

กระทรวงสาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์มือถือที่ติดต่อได้..... E-mail address.....

บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้.....เกี่ยวข้องเป็น..... โทรศัพท์.....

หน่วยงานที่ท่านสนใจสมัครไปปฏิบัติหน้าที่ พร้อมลำดับความสนใจ

โรงพยาบาลรามธิบดีจ๊กกรีนถนดินทร์ ลำดับที่.....

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ลำดับที่.....

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ลำดับที่.....

โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ลำดับที่.....

(โดยการกำกับของโรงพยาบาลศิริราช)

เรื่องที่ท่านประสงค์จะได้รับการปฐมนิเทศก่อนการเข้าปฏิบัติหน้าที่

การใช้อุปกรณ์ PPE การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ท่านสามารถสมัครได้ 3 ช่องทาง ดังนี้

1. สมัครออนไลน์ได้ที่ www.tnmc.or.th

2. ส่งใบสมัครที่อีเมล tnmc.covid19@gmail.com

3. ส่งใบสมัครที่โทรสาร 02 589 7121