



รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการศึกษา

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)(โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม) พ.ศ. 2569

1. ชื่อ-สกุล (ผู้สมัคร).....
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน.....
3. วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี
4. ตำแหน่งงานปัจจุบัน.....
5. วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ.....
สถาบันการศึกษา.....
6. หน่วยงานต้นสังกัด.....
7. สถานที่และที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ของผู้สมัคร
7.1 ที่อยู่.....
7.2 เบอร์โทรศัพท์.....
7.3 e-mail.....
8. วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรการอบรม

ชื่อวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตร /หลักสูตร	สถาบัน	พ.ศ.

9. ท่านได้แนบเอกสารทำใบสมัครเข้ารับการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) (โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม) พ.ศ. 2569 ดังนี้

- 9.1 ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ที่ยังไม่หมดอายุ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- 9.2 ☐ สำเนาประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ

- 9.3 ☐ สำเนาประกาศนียบัตรที่ผ่านการอบรม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
- 9.4 ☐ หนังสือรับรองประสบการณ์การปฏิบัติงานในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
จากหน่วยงานต้นสังกัด โดยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และทำการฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่ 1,000 รอบขึ้นไป จำนวน 1 ฉบับ
- 9.5 ☐ หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 1 ฉบับ

10. การรับรอง และให้ความยินยอม

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้สภาการพยาบาลและคณะทำงานฯ เก็บรวบรวม พิจารณาลั่นกรอง ตรวจสอบ
เสาะหาข้อเท็จจริง ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามใบสมัครและเอกสารแนบท้ายใบสมัครของข้าพเจ้า
เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ในการสมัครเข้ารับการศึกษหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
เวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) (โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม)
พ.ศ. 2569 และวัตถุประสงค์อื่นใดที่เกี่ยวข้องกันเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ และภายหลัง
สภาการพยาบาลรับเข้าอบรมแล้ว หากปรากฏว่าข้อความในใบสมัคร หรือข้อความในเอกสารที่นำมาแสดง หรือ
รายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง สภาการพยาบาลมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการอบรมข้าพเจ้าได้ โดยไม่ต้องคืน
ค่าธรรมเนียมการศึกษา ไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ)
หมายเลขประจำตัวประชาชน.....ได้ทำหนังสือฉบับนี้โดยสมัครใจและความตกลง
ของข้าพเจ้าให้แก่สภาการพยาบาลในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า
ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (และตามที่ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม รวมถึง ประกาศ
ที่ออกตามพระราชบัญญัติดังกล่าว) และประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของสภาการพยาบาล
และข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้แก่สภาการพยาบาลมีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สมบูรณ์
และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้สภาการพยาบาล และคณะทำงานฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของ
ข้าพเจ้าเพื่อการติดต่อสื่อสาร การนัดหมายการอบรม อำนวยความสะดวกในกระบวนการอบรม
หากไม่สามารถให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่สภาการพยาบาลและคณะทำงานอาจเสียสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารหรือ
สิทธิประโยชน์ รวมถึงการติดต่อจากสภาการพยาบาล และคณะทำงานฯ อันเกี่ยวกับการอบรม

2. ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้แก่ สภาการพยาบาล และคณะทำงานฯ เพื่อรับข้อมูล
ข่าวสาร เป็นต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของสภาการพยาบาลแล้ว
และข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิเพิกถอนความยินยอมในการรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วน
บุคคลของข้าพเจ้าตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวเมื่อใดก็ได้ รวมทั้งข้าพเจ้ายินยอมให้สภาการพยาบาล และ
คณะทำงานฯ ดำเนินการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ตามรายละเอียดที่ระบุข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....