

สภาการพยาบาล

ใบสมัคร

โครงการพัฒนาศมรรถนะผู้นำเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ รุ่นที่ 4

ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2568 – เดือนตุลาคม 2569

ณ อาคารนครินทร์ศรี สภาการพยาบาล

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ – สกุล (นาง,นางสาว,นาย) อายุ ปี

ที่อยู่ รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์ โทรสาร

e-mail Line ID

วุฒิการศึกษา

☐ ระดับปริญญาตรี..... สถาบัน☐ ระดับปริญญาโท..... สถาบัน☐ ระดับปริญญาเอก..... สถาบัน

สถานที่ปฏิบัติงาน

☐ โรงพยาบาล ☐ วิทยาลัยพยาบาล☐ อื่น ๆ ระบุตำแหน่ง ☐ หัวหน้าพยาบาล ☐ หัวหน้างานสาขา☐ อื่น ๆ ระบุ

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

☐ การพยาบาล เลขที่ใบอนุญาตฯ☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ เลขที่ใบอนุญาตฯ

คุณสมบัติ

☐ ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ มาแล้วเป็นระยะเวลา ปี

งานหลักที่รับผิดชอบในปัจจุบัน

ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล/นวัตกรรม/งานวิจัย ฯลฯ

ประเด็นพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่สนใจศึกษา (อย่างน้อย 3 หัวข้อ)

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

เนื่องจากการอบรมต้องเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้งเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามผลการดำเนินโครงการฯ จึงต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาให้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ตามที่โครงการกำหนด

☐ สนับสนุน

☐ ไม่สนับสนุน

ลงชื่อ ผู้บังคับบัญชา
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

นางนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา กรรมการสภาการพยาบาล

โทรศัพท์ 081 483-6220

ส่งใบสมัครที่

เลขาธิการสภาการพยาบาล

สำนักงานเลขาธิการสภาการพยาบาล

อาคารนครินทร์ศรี ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข

ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

Email: jan.sorajja@gmail.com หรือ sirinath31@gmail.com