



รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับการศึกษ
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
(โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม) พ.ศ. 2568

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. ท่านได้แนบเอกสารท้ายใบสมัครเข้ารับการศึกษาระดับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) (โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม) พ.ศ. 2568 ดังนี้
- 9.1 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ และสำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล ที่ยังไม่หมดอายุ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวนอย่างละ 1 ฉบับ
 - 9.2 สำเนาประกาศนียบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
 - 9.3 สำเนาประกาศนียบัตรที่ผ่านการอบรม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ
 - 9.4 หนังสือรับรองประสบการณ์การปฏิบัติงานในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากหน่วยงานต้นสังกัด โดยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่ 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 ในการสมัครเข้ารับการศึกษาระดับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) (โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม) พ.ศ. 2568 และวัตถุประสงค์อื่นใดที่เกี่ยวข้องกันเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ และภายหลังสภาการพยาบาลรับเข้าอบรมแล้ว หากปรากฏว่าข้อความในใบสมัคร หรือข้อความในเอกสารที่นำมาแสดง หรือรายละเอียดที่ให้ไว้ไม่เป็นความจริง สภาการพยาบาลมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการอบรมข้าพเจ้าได้ โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่น ๆ)

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....ได้ทำหนังสือฉบับนี้โดยสมัครใจและความตกลงของข้าพเจ้าให้แก่สภาการพยาบาลในการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (และตามที่ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติม รวมถึง ประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติดังกล่าว) และประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของสภาการพยาบาล และข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้ให้แก่สภาการพยาบาลมีความถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้สภาการพยาบาล และคณะทำงานฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเพื่อการติดต่อสื่อสาร การนัดหมายการอบรม อำนวยความสะดวกในกระบวนการอบรม หากไม่สามารถให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่สภาการพยาบาลและคณะทำงานอาจเสียสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารหรือสิทธิประโยชน์ รวมถึงการติดต่อจากสภาการพยาบาล และคณะทำงานฯ อันเกี่ยวกับการอบรม

2. ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้แก่ สภาการพยาบาล และคณะทำงานฯ เพื่อรับข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านและรับทราบประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของสภาการพยาบาลแล้ว และข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิเพิกถอนความยินยอมในการรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวเมื่อใดก็ได้ รวมทั้งข้าพเจ้ายินยอมให้สภาการพยาบาล และคณะทำงานฯ ดำเนินการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ตามรายละเอียดที่ระบุข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....