

ขั้นตอนการลงทะเบียนสำหรับการอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)(โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม) พ.ศ. 2568
และการสอบวัดความรู้ เพื่อการรับรองเป็นพยาบาลผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร
การพยาบาลเฉพาะทางของสภาการพยาบาล

ขั้นตอนการลงทะเบียนสำหรับการอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากำบัดทดแทนไต
(การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)(โครงการพิเศษสำหรับไตเทียม) พ.ศ. 2568

services2.tnmc.or.th/request/form/A5

☆

📄

👁

⋮

เพิ่มคำขอ (A5 : อื่นๆ)

รายการคำขอ (Request List)*

คำลงทะเบียนการเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขากำบัดทดแทนไต (โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม) พ.ศ.2568

1

เพิ่มรายการค่าธรรมเนียม (Add Fee Items)

รายการค่าธรรมเนียม (Fee List)

2

	จำนวน (Number)	หน่วยนับ (Unit)	ราคา/หน่วย (Price/Unit)	รวม (Total)
☒ A5680002 : ค่าลงทะเบียนการเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขากำบัดทดแทนไต (โครงการพิเศษสำหรับพยาบาลไตเทียม) พ.ศ.2568	1	คน	5,000.00	5,000.00

1. ข้อมูลส่วนตัว (Personal Information)

3

☒ สมาชิกสภาการพยาบาล (Member)

☐ บุคคลทั่วไป / หน่วยงาน (General Person / Agency)

☐ ชาวต่างประเทศ (Foreigner)

☒ บัตรประชาชน (ID Card)

☐ เลื่อนหนังสือเดินทาง (Passport)

เลขที่สมาชิก (Member Number)*

กรอกเลขที่สมาชิก

เลขประจำตัวประชาชน (ID Number)*

กรอกเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก

ค้นหา Search

คำนำหน้าชื่อ (Prefix)*

กรอกหรือเลือกคำนำหน้าชื่อ

ชื่อ (Name) (TH)*

กรอกชื่อ (TH)

นามสกุล (Surname) (TH)*

กรอกนามสกุล (TH)

ชื่อ (Name) (EN)

กรอกชื่อ (EN)

นามสกุล (Surname) (EN)

กรอกนามสกุล (EN)

เลขที่ใบอนุญาต (License Number)*

กรอกเลขที่ใบอนุญาต

เบอร์โทรศัพท์ (Phone Number)*

กรอกเบอร์โทรศัพท์

EMAIL*

กรอก EMAIL

สังกัด (Affiliation)

กรอกสังกัด

สถานที่ปฏิบัติงาน (Place of Work)

กรอกสถานที่ปฏิบัติงาน

กรอกเฉพาะตัวเลขเท่านั้น ตัวอย่างเช่น 08xxxxxxx (Number only)

2. ที่อยู่ปัจจุบัน(Contact Address)*

กรอกบ้านเลขที่ หมู่ ซอย ถนน

จังหวัด (Province)*

กรอกหรือเลือกจังหวัด

อำเภอ/เขต (District)*

กรอกหรือเลือกอำเภอ/เขต

ตำบล/แขวง (Sub-district)*

กรอกหรือเลือกตำบล/แขวง

รหัสไปรษณีย์ (Postal Code)*

กรอกรหัสไปรษณีย์

3. ข้อมูลการออกใบเสร็จรับเงิน (Receipt issuing information) ** เพื่อความถูกต้องในการออกใบเสร็จรับเงิน กรุณากรอกข้อมูลให้ชัดเจน **

ชื่อ-สกุล,ชื่อหน่วยงาน สำหรับการออกใบเสร็จรับเงิน (Name-surname, name of department for issuing receipts)*

กรอกชื่อ-นามสกุล ชื่อหน่วยงาน

ที่อยู่สำหรับการออกใบเสร็จรับเงิน (Address for issuing receipts)*

กรอกเลขที่ หมู่ ซอย ถนน

จังหวัด (Province)*

กรอกหรือเลือกจังหวัด

อำเภอ/เขต (District)*

กรอกหรือเลือกอำเภอ/เขต

ตำบล/แขวง (Sub-district)*

กรอกหรือเลือกตำบล/แขวง

รหัสไปรษณีย์ (Postal Code)*

กรอกรหัสไปรษณีย์

4. สถานที่สำหรับจัดส่งใบเสร็จรับเงินทางไปรษณีย์ (Place for mailing receipts)

☒ ชื่อ-สกุล ที่อยู่ปัจจุบัน ตามข้อ 2 (Name-surname, current address as in item 2)

☐ ชื่อ-สกุล ที่อยู่ ตามข้อ 3 (Name-surname, current accroding to item 3)

5.รายละเอียดเพิ่มเติม (Details)

กรอกรายละเอียดเพิ่มเติม

กรณีต้องการตรวจสอบสถานภาพของสมาชิก (เฉพาะหน่วยงาน)เมื่อกรอกรายละเอียดและชำระค่าธรรมเนียมเรียบร้อยแล้ว กรุณาดำเนินการดังนี้

1. หน่วยงานทำหนังสือขอตรวจสอบสถานภาพของสมาชิกถึงเลขาธิการสภาการพยาบาล
2. แนบรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพ พร้อมระบุ ชื่อ-นามสกุล และเลขที่ใบอนุญาตฯ
3. สำเนาใบอนุญาตประกอบการวิชาชีพ ฉบับปัจจุบัน
4. แนบใบแจ้งการชำระเงิน
5. กรุณาส่งเอกสารมายัง สภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

6.วิธีชำระเงิน (Payment Method)*

☐ โอนเงินผ่านธนาคาร

☐ บัตรเครดิต/เดบิต

VISA Mastercard JCB UnionPay Thai

ผู้ชำระเงินเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม
บัตรเครดิต/เดบิต

หมายเหตุ: ในกรณีที่ชำระเงินผ่านบัตรเครดิต/เดบิต ผู้ชำระเงินเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมที่ธนาคารเรียกเก็บ ซึ่งอาจสูงกว่าการชำระเงินผ่านการโอนเงินเข้าบัญชีของสภาการพยาบาลโดยตรง

Note: If you choose to pay by credit/dabit card, you will be responsible for any transaction fees charged by the bank. These fees may be higher than those incurred through a direct bank transfer to the Thailand Nursing and Midwifery Council

ยื่นคำขอ (Submit)

ยกเลิก (Cancel)