



ที่ สก ๐๐๓๒/ว ๒๗๘๓

ถึง โรงพยาบาล ทุกแห่ง,สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอและกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ
รูปแบบบริการ

พร้อมหนังสือนี้ จังหวัดสระแก้ว ขอส่งหนังสือสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ
แพทย์แห่งชาติ ที่ สธ ๐๓๒๐/ว ๔๐ ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ เรื่องขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์
การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน ๑ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔ ต่อ ๓๐๖,๓๐๗
โทรสาร ๐ ๓๗๔๒ ๕๑๔๑ - ๔ ต่อ ๑๐๐

ทวิพย ๒



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
เลขรับที่ ๒๘ ๓๒๖ ๒๖๔
วันที่ ๑๐.๑๒
เวลา

ที่ สธ ๐๓๒๐/๑.๕๐

สถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ซอยบาราคนราตุร ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล/สถาบัน

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่ ๒๒๒๖๖๖๖ / ๑๙๔๙
วันที่ ๑๐ ๑๒ ๒๖๔
เวลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูฯ
เรื่องการรับสมัครเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กำหนดจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ วัตถุประสงค์เพื่อผลิตพยาบาลเฉพาะทางที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการพยาบาลเฉพาะทางด้าน การพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนมีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วยและคนพิการ ด้านการ เคลื่อนไหวหรือด้านร่างกายในระยะกลาง โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน รุ่นที่ ๑๓ วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๔๕ คน

ในการนี้ สถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ ในสังกัดของท่านเข้าร่วมหลักสูตรดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) สามารถ ลงทะเบียนได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ อนึ่ง ข้าราชการสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวัน ลาและมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจาก ผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจ กรุณากรอกรายละเอียดใบสมัคร และส่งไปยังภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนธ เพื่อการฟื้นฟูฯ และสามารถ Download รายละเอียดของหลักสูตรได้ที่ www.snmri.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรฯ

ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ
รับ นพ. ๓๓๓.๕๐
-สถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ
นางพรพรรณ คุ้มทรัพย์ รองผู้อำนวยการ
มีมติรับสมัครเข้ารับการคัดเลือก
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟู
สภาพ รุ่นที่ ๑๓ ระหว่างวันที่ ๔ เม.ย. - ๒๙ ก.ค. ๒๕๖๕
- ๑๕๐/โปรดพิจารณา และขอรับผู้อำนวยการสถาบันสรีนธเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
รศ.ดร. อรุณพร
ภารกิจด้านการพยาบาล ๒๕๓.๑.๖๔ ๒๕๓๐๒๒

ขอแสดงความนับถือ

(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ทราบดำเนินการ

โทร ๐ ๒๕๕๑ ๕๕๕๕ ต่อ ๖๗๓๓

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๓๙๑๒

ผู้ประสานงาน คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม / คุณอารีย์รัตน์ เผือกฟอง

(นายไพรัชต์วิริต วิริยะภัคพงศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว



ประกาศ สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
เรื่อง การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จะดำเนินการจัดการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพ และทักษะด้านการพยาบาลฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๗ สัปดาห์
วันที่ ๑๓ ระหว่างวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕ - วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕
สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน ๔๕ คน

การรับสมัคร

เอกสารใบสมัครสามารถ Download ได้ที่ www.snmri.go.th

รับสมัครเฉพาะทาง ไปรษณีย์ ส่งที่ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสรีนทรเพื่อการฟื้นฟู ฯ
๘๘/๒๖ ซอยบำรุงราชมงคล ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

ตั้งแต่วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

คุณสมบัติของผู้สมัคร

ผู้มีสิทธิ์สมัครเข้าศึกษาอบรมจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ต่อไปนี้

คุณสมบัติทั่วไป

๑. เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
๒. สุขภาพแข็งแรงไม่เป็นโรคที่จะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
๓. ต้องมีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้น และได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้น ๆ เต็มเวลา

คุณสมบัติเฉพาะ

๑. เป็นผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาลที่ไม่หมดอายุ
๒. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๓. อายุไม่เกิน ๕๕ ปี

เอกสารประกอบการสมัคร

๑. สำเนาวุฒิการศึกษา เช่น ประกาศนียบัตร ปริญญาบัตรทางการพยาบาล จำนวน ๑ ชุด
๒. สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรตามวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ชุด
๓. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด
๔. รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาสีเข้ม ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป เป็นรูปถ่าย ในระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน นับถึงวันสมัคร
๕. สำเนาใบสำคัญการสมรส หรือใบสำคัญการหย่า ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (ถ้ามี)
๖. สำเนาหลักฐานการโอนเงินค่าสมัคร (สลิปโอนเงิน) จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)
๗. หนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด (กรณีที่ผ่านมาการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมแล้ว)

การชำระเงินค่าสมัคร

ชำระเงินโดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี
ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ
เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๖๕๑๕๙-๔ จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน)

หลักการพิจารณารับเข้าศึกษาอบรม โดยพิจารณาคัดเลือกจากใบสมัคร

คณะกรรมการจะพิจารณาจากเอกสารและหลักฐานประกอบการสมัคร ดังนี้

๑. มีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน ตามที่ระบุไว้
๒. หนังสือรับรอง/ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น และความจำเป็นของหน่วยงาน
๓. คำรับรอง/หนังสืออนุมัติการลาของผู้บังคับบัญชา
๔. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยพิจารณาให้มีการกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน และอื่นๆ
๕. การตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ถือเป็นขั้นสุดท้าย
๖. กรณีผู้สมัครมีจำนวนน้อยกว่าที่กำหนด จะพิจารณา งด เปิดการศึกษาอบรมในสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ โดยจะแจ้งให้ผู้สมัครทราบ

การประกาศผลการรับเข้าศึกษาอบรม

ประกาศทางเว็บไซต์สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ www.snmri.go.th วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๕

การลงทะเบียนเข้าศึกษาอบรม

ภายในวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๕ - วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ โดยปฏิบัติดังนี้

๑. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมต้องลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชี เงินโครงการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู ฯ เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๖๕๑๕๙-๔ จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
๒. หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เข้าศึกษาอบรมดำเนินการจัดส่ง เอกสารดังนี้

- หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ ชื่อ - นามสกุล ของผู้เข้าศึกษาอบรมให้เรียบร้อย

ทั้งนี้จะต้องดำเนินการตามข้อ ๒ ให้เสร็จสิ้นเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้นจะถือว่า สละสิทธิ์ การเข้าศึกษาอบรม

๓. กรณีผู้ที่ได้รับการคัดเลือกสละสิทธิ์ ภายหลังจากชำระเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมแล้ว สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรมให้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมแทนได้

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

โทร ๐ ๒๕๕๑ ๕๔๕๕ ต่อ ๖๗๓๓

มือถือ คุณสุพรรณิการ์ แวอาราม ๐๘๙ ๑๒๘ ๐๖๒๙

มือถือ คุณอารีย์รัตน์ เขือกฟัก ๐๘๗ ๓๖๘ ๖๗๗๙

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๓๙๑๒

Email: ploylovenurserehab2020@gmail.com

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นางภัทรา อังสุวรรณ)

ผู้อำนวยการสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ



สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟู
สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ

ประจำปีการศึกษา 2565

ระยะเวลา 17 สัปดาห์

ตั้งแต่วันที่ 4 เมษายน 2565 - วันที่ 29 กรกฎาคม 2565

สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ จำนวน 45 คน

* หากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ไม่สงบ
อาจมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการเปิดการศึกษาอบรม



รุ่นที่ 13



การรับสมัคร

สมัครทางไปรษณีย์

ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2564

ภารกิจด้านการพยาบาล

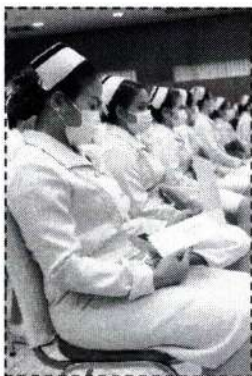
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

เลขที่ 88/26 ถ.ตลาดขวัญ ต.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

(สมัครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง)

โดยลงวันที่ประทับตราจากไปรษณีย์ต้นทางไม่เกิน 16.00 น. วันที่ 30 ธันวาคม 2564

หากพินกำหนดดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์ในการสมัคร



ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

● ภารกิจด้านการพยาบาล :

นางสุพรรณิการ์ แวอาราม 089-128-0629

และนางสาวอารีย์รัตน์ เผือกพัก 087-368-6779

โทร 0 2591 5455 ต่อ 6733

<http://www.snmri.go.th>

Fax : 0 2591 3912





(ฉท. 01)

เลขประจำตัวผู้สมัคร.....
สาขา.....การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ.....
ระบุความเชี่ยวชาญ(เฉพาะสาขาปรสิตวิทยา).....สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
รุ่นที่ 13 ปีการศึกษา 2565รูปถ่าย
1 นิ้ว

1. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศ.....นามสกุล.....
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน.....
สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่า / แยก ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน.....
ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
E-mail.....
เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน
- ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
ที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....

2. ประวัติการศึกษา

2.1 การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

2.2 การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่น ๆ

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ(จากต่ำไปสูง)	สถาบันการศึกษา	ปีที่สำเร็จการศึกษา

6. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ..... ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูฯ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ.....
ตำแหน่ง.....
ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....
ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ปีการศึกษา 2565 สาขา การพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ
ตามหลักสูตรของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่หลักสูตรฯ	สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน	ดำเนินการส่งคืนใบเสร็จรับเงิน
เจ้าหน้าที่รับใบสมัคร.....	จำนวนเงิน.....-200-.....บาท	วันที่ส่ง.....
วันที่.....	(สองร้อยบาทถ้วน)	ส่งไปที่.....
() ตนเอง (เงินสด)	ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....
() ทางไปรษณีย์	วันที่.....
หลักฐานการโอนเงินเลขที่.....	ผู้รับเงิน.....
ธนาคาร.....)
สาขา.....	วันที่.....	ผู้ส่ง.....
วันที่.....

หนังสือรับรอง และความเห็นของผู้บังคับบัญชาในระดับต้น สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
ปีการศึกษา 2565 ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสิรินธรเพื่อการพัฒนาสุขภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

1. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)นามสกุล.....
สาขาที่จะศึกษาอบรม..... วันที่..... ถึงวันที่.....
2. ชื่อ - นามสกุล ผู้รับรองนามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....
3. ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาในระดับต้น
 - 3.1 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....
.....
.....
 - 3.2 ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น / การตัดสินใจ / การแก้ปัญหา.....
.....
.....
 - 3.3 ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....
.....
.....
 - 3.4 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล.....
.....
.....
 - 3.5 ความสามารถพิเศษอื่น ๆ.....
.....
.....
4. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงนาม.....

วันที่.....