ประกาศคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
เรื่อง รับสมัครผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๖) รุ่นที่ ๖
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

.....

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จะดำเนินการจัดการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม รุ่นที่ ๖ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ซึ่งหลักสูตรได้ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล เมื่อวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ โดยมีวัตถุประสงค์ในการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพและสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด รายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. **ช่วงระยะเวลาการอบรม** วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘ รวม ๑๖ สัปดาห์

๒. **รับสมัครผู้เข้ารับการอบรม** จำนวน ๕๐ คน จำแนกตามสาขา ดังนี้

๒.๑ สาขาศัลยกรรมทั่วไป	จำนวน ๑๒ คน
๒.๒ สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ	จำนวน ๑๐ คน
๒.๓ สาขาศัลยกรรมสูติ - นรีเวช	จำนวน ๘ คน
๒.๔ สาขาศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก และลาริงซ์	จำนวน ๔ คน
๒.๕ สาขาศัลยกรรมจักษุ	จำนวน ๔ คน
๒.๖ สาขาศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	จำนวน ๔ คน
๒.๗ สาขาศัลยกรรมประสาทและสมอง	จำนวน ๔ คน
๒.๘ สาขาศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด	จำนวน ๔ คน

๓. **คุณสมบัติของผู้สมัคร**

๓.๑ เป็นผู้ที่มีความประพฤติดี มีความรับผิดชอบ

๓.๒ เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงไม่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกอบรม

๓.๓ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

๓.๔ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับถึงวันสมัคร

๓.๕ สาขาศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด ต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับถึงวันสมัคร

โดยผู้สมัครต้องมีใบรับรองคุณสมบัติและได้รับการอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาให้เข้ารับการอบรม

๔. **เอกสารประกอบการสมัคร**

๔.๑ ใบสมัครพร้อมติดรูปถ่าย ๑ นิ้ว ๑ รูป	จำนวน ๑ ชุด
๔.๒ ใบรับรองคุณสมบัติ	จำนวน ๑ ชุด
๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	จำนวน ๑ ชุด
๔.๔ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง	จำนวน ๑ ชุด
๔.๕ สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล	จำนวน ๑ ชุด
๔.๖ สำเนาวุฒิการศึกษา	จำนวน ๑ ชุด

/๔.๗ เอกสารการเปลี่ยนชื่อ...

๔.๗ เอกสารการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุล (ถ้ามี) จำนวน ๑ ชุด

๔.๘ หนังสือส่งตัวจากต้นสังกัด* จำนวน ๑ ชุด

ทั้งนี้ เอกสารประกอบการสมัครผู้สมัครต้องรับรองสำเนาถูกต้องครบถ้วนทุกฉบับ

๕. การรับสมัคร

ผู้สนใจเข้ารับการอบรมสามารถดาวน์โหลดใบสมัคร ได้ที่ https://qrcode.ubu.ac.th/๒hhS๖๖ และกรอกรายละเอียดให้ถูกต้องครบถ้วนแล้วนำส่งพร้อมเอกสารประกอบการสมัครในข้อ ๔ ได้ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ ดังนี้

๕.๑ สมัครทางไปรษณีย์

ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ (EMS) จ่าหน้าซองถึง งานบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ๘๕ ถนนสถลมาร์ค ต.เมืองศรีไค อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ๓๔๑๙๐ วงเล็บมุมซอง “สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม รุ่นที่ ๖” โดยถือตราประทับวันที่ฝากส่งของไปรษณีย์เป็นสำคัญ

๕.๒ สมัครทางออนไลน์

ให้ผู้สมัครกรอกรายละเอียดใบสมัครพร้อมแนบไฟล์สแกนเอกสารประกอบการสมัคร ส่งมายัง E-mail: pailin.s@ubu.ac.th พร้อมนี้ เอกสารฉบับจริงให้นำส่งภายหลังผ่านการคัดเลือกในวันรายงานตัวเข้ารับการอบรม

๖. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสอบคัดเลือก วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๗

๗. การสอบคัดเลือก วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

๗.๑ สอบข้อเขียน (ออนไลน์)

๗.๒ สอบสัมภาษณ์ (ออนไลน์)

๘. เงื่อนไขในการคัดเลือก

กรณีที่ไม่เป็นตามที่กำหนดไว้ในประกาศฯ ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการดำเนินงานหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๖) รุ่นที่ ๖ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๙. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

๑๐.ค่าธรรมเนียมในการเข้าอบรม

๑๐.๑ อัตราค่าธรรมเนียมการอบรมตลอดหลักสูตร จำนวน ๕๕,๐๐๐ บาท ผู้ผ่านการคัดเลือกสามารถโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี ธนาคารไทยพานิชย์ สาขามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (คณะพยาบาลศาสตร์) เลขที่บัญชี ๘๖๙-๓-๐๐๑๓๖-๖ ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๑๐.๒ กรณีผู้ผ่านการคัดเลือกสละสิทธิ์การเข้ารับการอบรมหลังการชำระเงินค่าธรรมเนียมแล้ว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี **จะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมในการอบรม และไม่สามารถเปลี่ยนตัวผู้เข้ารับการอบรมได้ไม่ว่ากรณีใดๆ**

๑๑. ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

นางสาวไพลิน ศรีปัด เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โทรศัพท์ ๐๔๕-๓๕๓๒๒๖ E-mail: pailin.s@ubu.ac.th

ประกาศ ณ วันที่ ๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เอกสารหมายเลข 1 สำหรับผู้สมัคร

รูปถ่าย ๑ นิ้ว
(ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม
(หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566) รุ่นที่ 6 ประจำปีงบประมาณ 2568

1) คำนำหน้า-ชื่อ-สกุล
(ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
** หมายเหตุ สะกดชื่อภาษาอังกฤษให้เหมือนในบัตรประจำตัวประชาชน*

2) วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ.....ปี

3) ที่อยู่ตามสำเนาทะเบียนบ้าน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....
Line ID.....อีเมล.....

4) ข้อมูลการศึกษา (วุฒิการศึกษาสูงสุดด้านการพยาบาล)
ประกาศนียบัตร/ปริญญาบัตร.....สาขาวิชา.....
สถานศึกษา.....ปีการศึกษาที่จบ.....

5) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

6) เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

7) เลขที่บัตรสมาชิกสภาการพยาบาล.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

8) สถานที่ทำงาน..... [ ] รัฐ [ ] เอกชน
เบอร์โทรศัพท์.....ต่อ.....

9) ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด.....ปี
ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....

10) โปรดระบุหมายเลข 1 - 2 ตามลำดับความสำคัญที่ต้องการเข้ารับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
[ ] สาขาศัลยกรรมทั่วไป
[ ] สาขาศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก และลาริงซ์
[ ] สาขาศัลยกรรมจักษุ
[ ] สาขาศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ
[ ] สาขาศัลยกรรมสูติ - นรีเวช
[ ] สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ
[ ] สาขาศัลยกรรมประสาทและสมอง
[ ] สาขาศัลยกรรมหัวใจ ทรวงอก และหลอดเลือด

ขอรับรองว่าข้อความในเอกสารฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....ผู้สมัคร
( )
วันที่.....

เอกสารหมายเลข 2 สำหรับผู้บังคับบัญชา

หนังสือรับรอง (Recommendation)
หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลปริศัลยกรรม
(หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2566) รุ่นที่ 6 ประจำปีงบประมาณ 2568

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
ขอรับรองว่า (นาย/นาง /นางสาว).....
มีประสบการณ์ทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด.....ปี และให้การรับรองผู้สมัครในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. **ความจำเป็นของหน่วยงาน**

.....
.....
.....

2. **คุณสมบัติของผู้สมัคร**

2.1 ด้านบุคลิกภาพ

.....
.....

2.2 ด้านความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานตามหน้าที่

.....
.....

2.3 ด้านความประพฤติ

.....
.....

2.4 อื่นๆ

.....
.....

ผู้บังคับบัญชาระดับต้น ลงนาม .....
( )
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

ผู้บังคับบัญชาระดับสูงสุด ลงนาม .....
( )
ตำแหน่ง.....
วันที่.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองคุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม ดังนี้
1. ผู้บังคับบัญชาระดับต้น : หัวหน้าห้องผ่าตัด / หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
2. ผู้บังคับบัญชาระดับสูงสุด : หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล