



ติดรูป

คำขอ

- สมัครขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
- สมัครขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิกสภาการพยาบาลเลขที่.....หมดอายุ วันที่.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่.....หมดอายุ วันที่.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่บ้าน.....เบอร์มือถือ.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ระบุแผนก/ฝ่าย/อื่นๆ.....

เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....

สถานที่ต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ คือ บ้านที่อยู่ สถานที่ปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์

- สมัครขึ้นทะเบียนเป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
- สมัครขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค

โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ มาพร้อมคำขอนี้

- 1. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล (ที่เป็นปัจจุบัน)
- 2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล / การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง (ที่เป็นปัจจุบัน)
- 3. หลักฐานหรือสำเนาประกาศนียบัตรการผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จากสถาบัน.....ออก ณ วันที่.....

- 4. หลักสูตรหรือเอกสารแสดงการผ่านการอบรมเพิ่มเติมด้านการรักษาโรคเบื้องต้น (Refreshing Course) (ถ้ามี)
เรื่อง.....
จากสถาบัน.....ออก ณ วันที่.....
- 5. สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
- 6. สำเนาวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
- 7. หลักฐานการชำระเงินค่าหนังสือแสดงวุฒิอื่นในวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ (อาศัยอำนาจตามข้อ 2 (7) กฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียม สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพ พ.ศ. 2545) จำนวน 2,000 บาท (สภาการพยาบาลขอสงวนสิทธิในการคืนเงินค่าขึ้นทะเบียนไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น)
- 8. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน โปรตชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย เท่านั้น โดยแจ้งรหัส “MDSTNC “ พร้อมชื่อ-สกุล และเลขที่สมาชิกสภาการพยาบาลของผู้สมัครขึ้นทะเบียนฯ แก่ธนาคาร เมื่อได้รับ slip จากธนาคาร ให้ส่งสำเนา slip (ตัวจริง) มาพร้อมคำขอฉบับนี้

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ

1. โปรตกรอกข้อความด้วยตัวบรรจง และทำเครื่องหมาย / ใน ให้ครบถ้วน และชัดเจน
2. ติดรูปถ่ายในแบบคำขอพร้อมลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน