

การยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง / ชั้นสอง

(สำหรับผู้สอบผ่านความรู้ฯ 7 รายวิชา ในรหัสวิชา 1102-1108 หรือ 2102 - 2108)

\*\*\*\*\*

ให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง พร้อมแนบหลักฐาน ดังนี้

**แบบคำขอ**

1. แบบคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ทญ.1
2. แบบบันทึกทะเบียนประวัติ บป.1

**หลักฐาน**

1. สำเนาผลสอบความรู้ผู้ขอขึ้นทะเบียน
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ใบ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ใบ
4. สำเนาปริญญาบัตร หรือ สำเนาหนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา ( ที่สภามหาวิทยาลัยอนุมัติเท่านั้น )
5. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 4 รูป (ติด ทญ.1 1 รูป /บันทึกประวัติ 1 รูป / แนบกับหลักฐาน 2 รูป)
6. หลักฐานอื่น ๆ ( ถ้ามี ) เช่น สำเนาทะเบียนสมรส ,สำเนาหนังสือการเปลี่ยนชื่อ,สำเนาบัตรข้าราชการ  
กรณีใช้ยศ
7. ค่าธรรมเนียม
  - ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ชั้นหนึ่ง 1,500 บาท
  - ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพฯ ชั้นสอง 1,200 บาท

**การจัดส่งเอกสาร**

กรอกข้อความและติดรูปถ่ายในแบบคำขอ ส่งพร้อมสำเนาไปรษณีย์ค่าธรรมเนียม มา ณ ศูนย์สอบความรู้ฯ สภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

**การชำระเงิน**

ชำระเงินสดที่สภาฯ หรือชำระเงินทางธนาคารกรุงไทยทุกสาขา ผ่านระบบ Teller Payment



คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ติดรูปถ่าย  
1 นิ้ว

- การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.....  
 การพยาบาล ชั้น.....  
 การผดุงครรภ์ ชั้น .....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี.....เดือน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ .....วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ถ้ามี).....ฝ่าย / แผนก / งาน.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

สถานที่ที่ต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  สถานที่ปฏิบัติงาน  หรือที่  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....  
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... วุฒิการศึกษา.....

กรณีเคยเป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล

บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ชั้น .....

ประเภท  การพยาบาลและการผดุงครรภ์  การพยาบาล  การผดุงครรภ์

พร้อมคำขอนี้ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก (ถ้ามี)

ใบแจ้งผลการสอบความรู้ ตามประเภทและชั้นของใบอนุญาตที่สภาการพยาบาลออกให้ (ถ้ามี)

- สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ที่สภาการพยาบาลเคยออกให้ (ถ้ามี)
- สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ จากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและไม่มีสัญชาติไทย
- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ติดแบบ ทญ.1 จำนวน 1 รูป)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ จำนวน ..... บาท  
( ..... )

- โดย  ชำระเป็นเงินสดที่สภาการพยาบาล  
 Teller payment ของธนาคารกรุงไทย

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ  
(.....)

---

หมายเหตุ โปรดชำระเงินผ่าน Teller payment ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น โดยแจ้งรหัสของสภาการพยาบาล คือ “MDSTNC” พร้อมชื่อ - สกุล แก่เจ้าหน้าที่ธนาคาร กรณียังไม่มีเลขที่สมาชิกให้ใส่หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนใน Ref.1 ท่านจะได้รับ slip จากธนาคารให้ส่ง slip (ตัวจริง) มาพร้อมคำขอฉบับนี้ด้วย

แบบประวัติผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และ/หรือ การผดุงครรภ์

ประเภทของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ

- |                                                   |                                    |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> การพยาบาลและการผดุงครรภ์ | <input type="checkbox"/> ชั้นหนึ่ง | <input type="checkbox"/> ชั้นสอง |
| <input type="checkbox"/> การพยาบาล                | <input type="checkbox"/> ชั้นหนึ่ง | <input type="checkbox"/> ชั้นสอง |
| <input type="checkbox"/> การผดุงครรภ์             | <input type="checkbox"/> ชั้นหนึ่ง | <input type="checkbox"/> ชั้นสอง |

ติดรูปถ่ายขนาด  
1 นิ้ว และ  
ลงลายมือชื่อ  
กำกับบนรูป

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเขียนตัวบรรจง

ชื่อและนามสกุลผู้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ (นาย / นาง / นางสาว).....

ยศ ..... บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ----

เกิดวันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. .... อายุ ..... ปี .....เดือน สัญชาติ .....เชื้อชาติ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่ ..... ซอย .....ถนน .....

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

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....

หลักสูตร .....

ได้รับอนุมัติการสำเร็จการศึกษาจากสภามหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ ..... เดือน .....พ.ศ. ....

สำหรับเจ้าหน้าที่

สอบความรู้ผ่านครั้งที่ .....

สมาชิกสภาการพยาบาลเลขที่ .....ออกให้ ณ วันที่ .....

ใบอนุญาตเลขที่ .....ออกให้ ณ วันที่ .....

ผู้ลงนามในใบอนุญาต.....เลขาธิการสภาการพยาบาล

ผู้ลงนามในใบอนุญาต.....นายกสภาการพยาบาล

ลงนามผู้บันทึกข้อมูล.....



## ใบแจ้งการชำระเงินทางธนาคารผ่านระบบ Teller Payment

การชำระเงินเพื่อนำเข้าบัญชีของสภาการพยาบาล ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน **สภาการพยาบาล** COMPANY CODE = **MDSTNC**

ชื่อ - สกุล หรือ ชื่อหน่วยงาน (Customer Name) .....

เลขที่สมาชิก หรือเลขที่ใบอนุญาต หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชน (Ref.1).....ของผู้ชำระเงิน  
(กรณีชำระในนามของชื่อหน่วยงาน Ref.1 ให้ใส่ 0 )

จำนวนเงินที่ชำระ (ตัวอักษร) (ตัวเลข)

--	--	--

กรอกรายละเอียดให้ครบแล้วยื่นเจ้าหน้าที่ธนาคาร



หมายเหตุ กรุณาอ่านแนวปฏิบัติและข้อควรทราบในการชำระเงินผ่านระบบ Teller Payment

### แนวปฏิบัติและข้อควรทราบในการชำระเงินผ่านระบบ Teller Payment

1. ผู้โอนเงินจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมในการโอนอัตรา 15 บาท ต่อรายการ สำหรับวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท ถ้าหากเกินวงเงินที่กำหนดจะคิดส่วนเกินในอัตราร้อยละ 0.1 % แต่ไม่เกิน 1,000 บาท
2. กรอกใบแจ้งการชำระเงินให้ครบถ้วนทุกรายการ (ไม่ต้องเขียนใบนำฝากของธนาคาร) และนำไปติดต่อชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ
3. ตรวจสอบรายละเอียดการชำระเงินให้ถูกต้องจาก Slip ที่ธนาคารออกให้ (ถ่ายสำเนาเก็บไว้เป็นหลักฐาน) และส่ง Slip (ตัวจริง) ให้สภาการพยาบาลพร้อมส่งหลักฐานทางไปรษณีย์ **ที่อยู่ อาคารนครินทร์ศรี สภาการพยาบาล ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000**
4. ใบแจ้งการชำระเงินนี้เป็นเอกสารสำคัญที่ใช้ในการติดต่อชำระเงินผ่านธนาคารให้กับสภาการพยาบาล
5. กรณีมีเหตุขัดข้องไม่สามารถชำระเงินได้ ติดต่อสอบถามได้ที่ **ฝ่ายราชการสัมพันธ์ สำนักงานใหญ่ ฐ.กรุงไทย หมายเลข (02) 2608-333 ต่อ 437**

(กรุณาถ่ายเอกสารใบแจ้งการชำระเงินเพื่อไปใช้ในการชำระเงินของสภาการพยาบาลครั้งต่อไป)

## ชี้แจงสมาชิกสภาการพยาบาล

สภาการพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนระบบการชำระเงินค่าธรรมเนียมใหม่เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2545 ที่ผ่านมา โดยให้ชำระเงินทางธนาคารผ่านระบบ Teller payment ณ ธนาคารกรุงไทยทุกสาขาทั่วประเทศ ซึ่งระบบ Teller payment นี้ สมาชิกต้องเสียค่าธรรมเนียม ในอัตรา ครั้งละ 15 บาทต่อรายการ และข้อมูลการชำระเงินของสมาชิกจะ Online มาให้สภาการพยาบาลในวันรุ่งขึ้นทันที ทำให้สภาการพยาบาลทราบว่าใครเป็นผู้ชำระเงิน และสมาชิกสามารถตรวจสอบการชำระเงินได้

แต่มีสมาชิกสภาการพยาบาล บางท่าน ได้ชำระเงินทางธนาคารโดยไม่ผ่านระบบ Teller payment โดยนำฝากเข้าบัญชีกระแสรายวันของสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นบัญชีที่เปิดไว้ใช้สำหรับระบบนี้ ทำให้ข้อมูลของสมาชิกไม่ส่งมาเข้าฐานข้อมูลของสภาการพยาบาล จึงไม่ทราบว่าเงินของผู้ใด

สภาการพยาบาลจึงขอความร่วมมือจากสมาชิกสภาการพยาบาลทุกท่านที่ต้องชำระค่าธรรมเนียมต่างๆ ให้กับสภาการพยาบาล

1. กรุณาโอนเงินผ่านระบบ Teller payment เพื่อผลประโยชน์ของตัวเอง
2. หากต้องการชำระค่าธรรมเนียมเป็นกลุ่ม/หน่วยงาน กรุณาชำระในนามของหน่วยงานที่ทำงานอยู่ พร้อมทั้งทำหนังสือนำเสนอหลักฐานและค่าธรรมเนียมมายังสภาการพยาบาลด้วย

อนึ่ง หากสมาชิกหลายคนรวมเงินกันชำระค่าธรรมเนียมในนามบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ข้อมูลที่ส่งมายังฐานข้อมูลของสภาการพยาบาล จะเป็นชื่อ-สกุลของบุคคลที่มีชื่อใน Slip เท่านั้น จึงขอแนะนำให้ชำระเป็นรายบุคคลหรือชำระในนามของหน่วยงาน (ตามข้อ 2)

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ มา ณ ที่นี้