



กรมสุขภาพจิต  
Department of Mental Health

รูปถ่าย  
ขนาด 2x3  
ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น  
รุ่นที่ 5  
ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 – 27 พฤษภาคม 2565  
ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
\*\*\*\*\*

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเองในการรับการพิจารณาคัดเลือก

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) (กรุณาเขียนตัวบรรจง).....(ชื่อเดิม ถ้ามี).....  
นามสกุล.....(นามสกุลเดิม ถ้ามี).....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
ตำแหน่งปัจจุบัน.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....ต.รอก/ชอย.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรสาร.....  
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail Address : .....  
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....หมู่.....ต.รอก/ชอย.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก).....

2. ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)

คุณวุฒิ	ปี พ.ศ.ที่จบ	ชื่อสถานศึกษา
2.1.....	.....	.....
2.2.....	.....	.....
2.3.....	.....	.....
2.4.....	.....	.....
2.5.....	.....	.....

3. ประวัติการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต (ภายใน 5 ปี)

อันดับ	ชื่อโครงการ	วัน เดือน ปีที่อบรม	สถานที่จัดอบรม
1.			
2.			
3.			

4. ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)

อันดับ	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน	พ.ศ.
1.			
2.			
3.			

- 5. ความสามารถพิเศษ.....
- 6. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติกรพยาบาลสุขภาพจิต หรือรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นเวลา.....ปี
- 7. เหตุผลหรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม
  - 7.1 .....
  - 7.2 .....
  - 7.3 .....
  - 7.4 .....
  - 7.5 .....
- 8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
 (.....)  
 วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

9. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....  
 อนุมัติให้ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....  
 มาเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น  
 ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์  
 เหตุผลและความจำเป็นของหน่วยงานที่ส่งบุคคลเข้าอบรม.....  
 .....  
 .....  
 .....

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

เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)

รายละเอียดหลักเกณฑ์และคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น  
ประจำปีงบประมาณ 2565

---

คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

1. คุณสมบัติทั่วไป

- 1.1 เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการอบรม
- 1.2 ไม่ทุพพลภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของการอบรม
- 1.3 ได้รับการอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาให้เข้ารับการอบรม

2. คุณสมบัติเฉพาะ

- 2.1 สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาลหรือเทียบเท่าปริญญาตรี
- 2.2 มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งที่ไม่หมดอายุ
- 2.3 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 1 ปีก่อนเข้ารับการอบรม

3. เงื่อนไขในการเข้ารับการอบรม

สามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มเวลาในระยะเวลา 17 สัปดาห์

หมายเหตุ สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ [www.jvkk.go.th](http://www.jvkk.go.th)