



## ใบสมัคร

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
ปีการศึกษา 2563

### 1. ข้อมูลส่วนตัว

- [ ] นางสาว ชื่อ Name (ตัวพิมพ์ใหญ่)  
[ ] นาง .....  
[ ] นาย นามสกุล Family Name (ตัวพิมพ์ใหญ่)  
[ ] .....

### 2. หนังสือแสดงใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

สาขา	[ ] การพยาบาลและการผดุงครรภ์	[ ] การพยาบาล
ใบอนุญาตเลขที่	.....	.....
วัน/เดือน/ปี ออกใบอนุญาต	.....	.....
วัน/เดือน/ปี หมดอายุ	.....	.....

### 3. ประวัติการศึกษา

#### 3.1 ระดับปริญญาตรี

- ปี พ.ศ. ที่จบ ชื่อปริญญา ชื่อสถาบัน  
..... [ ] พยาบาลศาสตรบัณฑิต .....  
..... [ ] ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ .....  
..... [ ] ..... .....

#### 3.2 ระดับปริญญาโท

- ปี พ.ศ. ที่จบ ชื่อปริญญา ชื่อสถาบัน  
..... [ ] พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต .....  
..... สาขา .....  
..... [ ] .....  
..... สาขา .....

### 3.3 ระดับปริญญาเอก

ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อปริญญา	ชื่อสถาบัน
.....	[ ] ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	.....
.....	สาขา .....	.....
.....	[ ] พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต	.....

### 4. การปฏิบัติงาน

ตำแหน่ง	.....
ชื่อหน่วยงาน	.....
แผนก	.....
หอผู้ป่วย	.....
ที่อยู่ของหน่วยงาน	เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....
	อำเภอ ..... จังหวัด .....
	รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน .....
	มือถือ ..... E-mail .....

อัตราค่าลงทะเบียน 40,000 บาท  
ผู้สมัครโอนเงินทางธนาคาร  
บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารออมสิน สาขาท่าศาลา เลขที่ 0 2025 6088 32 7  
ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์”

### หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร

ผู้สมัครแนบมาพร้อมกับใบสมัคร หรือนำมาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์

- [ ] 1. ใบสมัคร
- [ ] 2. สำเนาแสดงผลการเรียน (transcript) ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หากสำเร็จการศึกษาสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) ให้แนบสำเนาแสดงผลการเรียนหลักพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) ด้วย
- [ ] 3. สำเนาใบปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร
- [ ] 4. สำเนาผลการทดสอบวิชาภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- [ ] 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- [ ] 6. สำเนาใบประกอบวิชาชีพฯ (ที่ยังไม่หมดอายุ)
- [ ] 7. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากหน่วยงาน (ถ้ามี)

## วิธีการสมัคร

---

- ชำระค่าลงทะเบียน จำนวน 40,000 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) โดย  
โอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารออมสิน สาขาอำเภอท่าศาลา  
หมายเลขบัญชี 0 2025 6088 32 7  
ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์”
- ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานเอกสารประกอบการสมัครและหลักฐานการโอนเงิน ทางไปรษณีย์  
หรือ ติดต่อยื่นเอกสารที่เจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตร  
คุณรัตนกร บุญกลาง  
หลักสูตรฝึกอบรบการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ (อาคารวิชาการ 2)  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
เลขที่ 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา  
จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160
- ท่านสามารถส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานเอกสารประกอบการสมัครและหลักฐานการโอนเงินทาง  
โทรสาร (หมายเลข) 0-7567-2103 หรือ (E-mail) mchompoo47@gmail.com ถึงคุณ  
รัตนกร บุญกลาง


### สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ

- เจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตร: คุณรัตนกร บุญกลาง สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
(โทร.) 075-67-2101 (มือถือ) 089-441-3317
- ผู้ประสานงานหลักสูตร: พว. จุก สุวรรณโณ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหาดใหญ่  
(มือถือ) 089-295-5568
- คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการประจำหลักสูตรฯ: อาจารย์ ดร.ชิตชนก มยุรภักดิ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (มือถือ) 086-595-1114

สำหรับเจ้าหน้าที่	
เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการสมัครและการชำระค่าธรรมเนียมการสมัครตามใบเสร็จรับเงิน	ผลการตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สมัคร โดยคณะกรรมการประจำหลักสูตรอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น
เลขที่ .....	[ ] ผ่านการตรวจคุณสมบัติ [ ] ไม่ผ่านการตรวจคุณสมบัติ
ลงชื่อ .....	ลงชื่อ .....
(.....)	(.....)
วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....	วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....
หมายเหตุ .....	หมายเหตุ .....

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์	
 คำนำหน้า [ ] นางสาว [ ] นาง [ ] นาย [ ] ..... ชื่อ .....	สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรฝึกอบรม การพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
นามสกุล .....	
ลงชื่อ .....	ลงชื่อ .....
(.....)	(.....)
(ผู้สมัคร)	(เจ้าหน้าที่ผู้ออกบัตร)
วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....	วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....
สำหรับมหาวิทยาลัย	



มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์	
 คำนำหน้า [ ] นางสาว [ ] นาง [ ] นาย [ ] ..... ชื่อ .....	สมัครสอบคัดเลือกเข้าศึกษาหลักสูตรฝึกอบรม การพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
นามสกุล .....	
ลงชื่อ .....	ลงชื่อ .....
(.....)	(.....)
(ผู้สมัคร)	(เจ้าหน้าที่ผู้ออกบัตร)
วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....	วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....
สำหรับผู้สมัครเก็บไว้แสดงต่อเจ้าหน้าที่เมื่อเข้าสอบ	