



กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเจ็ดสิบ

ประกาศ โรงพยาบาลเจ็ดสิบ

เรื่อง ผลการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์
รุ่นที่ ๔๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐

.....

ตามที่โรงพยาบาลเจ็ดสิบ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการ
รับสมัครบุคคลศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ โดยมีระยะเวลาการศึกษา
ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เป็นเวลา ๑๖ สัปดาห์ นั้น

บัดนี้ การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรดังกล่าว มีผู้ผ่านการคัดเลือกทั้งหมด
จำนวน ๓๗ คน และสำรองจำนวน ๒ คน

จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

Love mee

(นายเอกฤทธิ์ คุณศรีรักษสกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ็ดสิบ

โรงพยาบาลเลิดสิน
รายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ จำนวน ๓๗ คน

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
๑.	นาง สุภาวรรณ มานะสันติกุล	โรงพยาบาลประสาท
๒.	นางสาว ณัฐฐนันท์ อิ่มสวัสดิ์	โรงพยาบาลเลิดสิน
๓.	นางสาว เจษฎาภรณ์ ชัยภูงา	โรงพยาบาลเลิดสิน
๔.	นาง กัทราวรรณ ทองตาล่วง	โรงพยาบาลหาดใหญ่
๕.	นางสาว กมลพร เปรมใจ	โรงพยาบาลกุเชียวเฉลิมพระเกียรติ
๖.	นาง ฐิตารีย์ วัสส์สวัสดิ์	โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง
๗.	นางสาว วาสนา แก้วอุทัย	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
๘.	นาง วรภัคดีสกุล สุขดี	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
๙.	นางวาทรีหญิง สุพรรณิ วงค์งาม	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
๑๐.	นาง ชุตินา ป้ายเที่ยง	โรงพยาบาลสิงห์บุรี
๑๑.	นางสาว สายทรัพย์ กว้างมาก	โรงพยาบาลระยอง
๑๒.	นางสาว อารดา ศรีคำม้วน	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
๑๓.	นางสาว ชนิษฐา วีระสุนทร	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ ๑๙
๑๔.	นาง เพชรภักษ์ ปันจันทร์	โรงพยาบาลกำแพงเพชร
๑๕.	นาง กำไล น้อยมนตรี	โรงพยาบาลเลย
๑๖.	นาง กชมนต์ แกมขุนทด	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
๑๗.	นางสาว สุธาร์ตน์ กุลรัตน์มาศ	โรงพยาบาลศิริราช
๑๘.	นาง น้ำฝน ลากเพิ่มพูลยิ่ง	โรงพยาบาลนครปฐม
๑๙.	นาย ศรายุทธ เข็มขัด	โรงพยาบาลแพร่
๒๐.	นาง ชนม์นิภา พึ่งดอกไม้	โรงพยาบาลโพธาราม



(นายเอกฤทธิ คุณศรีรักษสกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล			สถานที่ปฏิบัติงาน
๒๑.	นางสาว	อุษา	พุดเพระ	โรงพยาบาลราชวิถี
๒๒.	นางสาว	สุพรรณิ	อาจารย์	โรงพยาบาลพิจิตร
๒๓.	นางสาว	สร้อยทิพย์	วิศิษฐ์สกุล	โรงพยาบาลศิริราช
๒๔.	นางสาว	นันทรัตน์	คงรอด	โรงพยาบาลชลบุรี
๒๕.	นางสาว	สกุลกาญจน์	เดมียงค์	โรงพยาบาลพระพุทธบาท
๒๖.	ร.ต.ท.หญิง	นชจรียา	ชาติชาติรี	โรงพยาบาลตำรวจ
๒๗.	นางสาว	สุภาวดี	วงศ์ศรี	โรงพยาบาลศิริราช
๒๘.	นางสาว	วราภรณ์	สุก่า	โรงพยาบาลแม่สอด
๒๙.	นางสาว	ทิพวรรณ	สินตระกูล	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
๓๐.	นาง	วรรณภา	สุบิน	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๓๑.	นางสาว	นุรฮายาตี	สาและ	โรงพยาบาลนราธิวาส ราชนครินทร์
๓๒.	นาง	ธารีรัตน์	วรากรกุล	โรงพยาบาลตรัง
๓๓.	นางสาว	ยุภาพร	จันทร์ภักดี	โรงพยาบาลสังขะ
๓๔.	นางสาว	อัญญา	ศรีวรรษ	โรงพยาบาลบึงกาฬ
๓๕.	นางสาว	แก้วตา	อุทธิยา	โรงพยาบาลเข็ญรายประชาชนุเคราะห์
๓๖.	นางสาว	ไพลิน	เทพรักษ์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
๓๗.	นางสาว	ปิยธิดา	บาลลา	โรงพยาบาลสกลนคร

สำรองจำนวน ๒ คน

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล			สถานที่ปฏิบัติงาน
๑.	นาย	ฉัตรชัย	แป็งหอม	โรงพยาบาลอุ้มทอง
๒.	นางสาว	มาริษา	นุชกำบัง	โรงพยาบาลราชบุรี



(นายเอกฤทธิ คุณศรีรักษ์สกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาศัลยกรรม
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

หมายเหตุ :- สิ่งสำคัญที่ต้องปฏิบัติ

๑. ตรวจสอบความถูกต้องของคำนำหน้าชื่อ/ ยศ/ ชื่อ-นามสกุล และสถานที่ปฏิบัติงาน

๒. การออกใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียน

๒.๑ ใบเสร็จรับเงินจะออกให้ภายในสัปดาห์แรกของการเปิดการศึกษาอบรม

๒.๒ ต้องการรับใบเสร็จก่อนเปิดการศึกษาอบรมให้โทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลข

๐ ๒๓๕๓ ๙๗๒๗-๘ หรือ ๐๙ ๕๕๑๕ ๔๙๔๙ ภายในเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๕.๓๐ น.

วันราชการ

๒.๓ หากต้องการให้ออกใบเสร็จในนามโรงพยาบาล ขอให้แจ้งกลับไปยัง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ทั้ง ๒ รายการ หากมีการแก้ไข หรือแจ้งความจำนง กรุณาแจ้งข้อมูลดังกล่าวทาง

E-mail : academic_lerdsin@outlook.com อย่างช้าภายในวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑

เพื่อทางคณะกรรมการหลักสูตรฯ จะได้ดำเนินการจัดทำรายชื่อ และออกใบเสร็จรับเงินที่ถูกต้องต่อไป

กำหนดการรายงานตัวและลงทะเบียน

ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ต้องลงทะเบียน โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

๑. การชำระเงิน โดยวิธีการโอนเงินเข้าบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาสีลม ชื่อบัญชี โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่บัญชี ๐๒๒-๑-๐๖๔๕๔-๐ (ไม่อนุญาตให้โอนเงินทาง ATM หากโอนเงินทาง ATM จะถือว่าการลงทะเบียนไม่สมบูรณ์) ตั้งแต่วันที่ ๙ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑ ตามอัตราค่าธรรมเนียมการศึกษารวม จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

๒. หลังจากชำระค่าลงทะเบียน ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๑ ให้ระบุลำดับที่ที่ได้รับการคัดเลือก ชื่อ-นามสกุล ของผู้ผ่านการคัดเลือก ลงในด้านหลังของหลักฐานการโอนเงิน (ที่ได้มาจากธนาคารเท่านั้น) ให้ถูกต้องครบถ้วน

๒.๒ กรอกใบคำร้องขอทำบัตรแสดงตน พร้อมติดรูปถ่าย ๑ นิ้ว

ผู้สมัครส่งไฟล์เอกสาร (Upload) ตามรายละเอียดเอกสารประกอบข้อ ๒.๑ - ๒.๒ โดยการส่งไฟล์เอกสารรูปแบบไฟล์ pdf และไฟล์รูปถ่าย เป็น JPG มาที่ E-mail : academic_lerdsin@outlook.com

กรณีผู้ผ่านการคัดเลือกที่ไม่ได้ปฏิบัติตามรายการข้อ ๑ - ๒ ภายในระยะเวลาที่กำหนด (ภายในวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๑) จะถือว่าสละสิทธิ์และจะไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

๓. หากผู้ผ่านการคัดเลือก แสดงความประสงค์ขอสละสิทธิ์ภายหลังการลงทะเบียนและชำระเงินเรียบร้อยแล้ว โรงพยาบาลเลิดสิน จะไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนให้

หมายเหตุ : ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกไปรายงานตัวเข้าศึกษาอบรม วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๐๗.๓๐ - ๐๘.๐๐ น. ณ ชั้น ๒๕ อาคารกาญจนาภิเษก โรงพยาบาลเลิดสิน

เอกสารที่ต้องเตรียมมาในวันรายงานตัวเข้าศึกษาอบรม

๑. หนังสือส่งตัวให้เข้าศึกษาอบรมจากหน่วยงานต้นสังกัด

การแต่งกาย ในระหว่างการศึกษารวมให้แต่งกายสุภาพ (สุภาพสตรีไม่อนุญาตให้สวมกางเกง) สำหรับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ให้ใช้ชุดพยาบาลสีขาว (สามารถใช้แบบฟอร์มชุดพยาบาลของต้นสังกัดได้)

สถานที่อบรม ภาคทฤษฎีที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และที่โรงพยาบาลเลิดสิน

สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน ฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่โรงพยาบาลเลิดสิน

คำร้องเลขที่.....

(สำหรับนักศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์)
ใบคำร้องขอทำบัตรประจำตัวนักศึกษา Smart Card ในระบบ ACES

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ยศ.....ชื่อสกุล.....

MR./MRS./MISS.....

นักศึกษาหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ปีการศึกษา ๒๕๖๐

รหัสประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

รหัสประจำตัวนักศึกษา..... E-mail

ขอมิบัตรประจำตัวนักศึกษาในระบบ ACES พร้อมสิทธิการเข้า- ออก อาคารคณะพยาบาลศาสตร์ เนื่องจาก

- บัตรประจำตัว Smart Card ชำรุด
- บัตรประจำตัว Smart Card สูญหาย
- เปลี่ยน ชื่อ/สกุล/ตำแหน่ง เป็น.....
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

พร้อมทั้งได้แนบ

- รูปถ่ายหน้าตรง 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป
- สำเนาใบเสร็จชำระเงินค่าทำบัตรใหม่ เลขที่..... (กรณีบัตรชำรุด/สูญหาย)
- บัตรประจำตัว Smart Card เก่า (กรณีเปลี่ยนชื่อ/สกุล/ตำแหน่ง หรือบัตรหมดอายุ)
- อื่นๆ โปรดระบุ

ลงชื่อผู้ยื่นคำร้อง.....

(.....)

วันที่.....

<p>สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยจัดการศึกษา ได้ตรวจเอกสารถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... วันที่.....</p>	<p>บันทึกเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลระบบ ACES ได้ตรวจสอบคำร้องเลขที่..... ถูกต้องแล้วดำเนินการประสานงานเพื่อจัดทำบัตรต่อไป ทั้งนี้ ได้ออกบัตรผ่านเข้า - ออกชั่วคราว เลขที่.....จำนวน.....ใบ ลงชื่อ..... วันที่.....</p>
<p>สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยการเงิน ได้รับเงิน <input type="radio"/> ค่าประกันบัตร จำนวน.....บาท <input type="radio"/> ค่าทำบัตรใหม่ จำนวน.....บาท ตามใบเสร็จรับเงิน เล่มที่.....เลขที่..... ไว้เรียบร้อยแล้ว ลงชื่อ..... วันที่.....</p>	

หมายเหตุ : ผู้ผ่านการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรม สามารถ Downloadประกาศ โรงพยาบาลเลิดสิน เรื่อง ผลการคัดเลือก บุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการลาศึกษาอบรมได้