



กรมการแพทย์  
โรงพยาบาลเลิดสิน

ประกาศ โรงพยาบาลเลิดสิน  
เรื่อง ผลการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาอบรมเพิ่มเติม  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์  
รุ่นที่ ๔๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐

ตามที่โรงพยาบาลเลิดสิน ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการรับสมัครบุคคลศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ โดยมีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ เป็นเวลา ๑๖ สัปดาห์ นั้น พบว่าบุคคลที่ได้รับการคัดเลือก ยังไม่ครอบคลุมหน่วยงานในเขตบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนางานด้านออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาดังกล่าว คณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ จึงได้ดำเนินการพิจารณาคัดเลือกบุคคลเข้ารับการศึกษารุ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕ คน

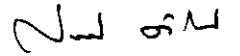
จึงประกาศมาเพื่อทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

โรงพยาบาลเลิดสิน  
รายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมเพิ่มเติม  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ จำนวน ๕ คน

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
๑.	นาย ฉัตรชัย แป้งหอม	โรงพยาบาลอู่ทอง
๒.	นางสาว มารีษา นุชกำบัง	โรงพยาบาลราชบุรี
๓.	นาง สุกัญญา ยมภักดี	โรงพยาบาลขอนแก่น
๔.	นาง อนัญพัทธ์ ชวอรรคนานนท์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
๕.	นางสาว จินดา ใจสงเคราะห์	โรงพยาบาลพญาไท ๓



(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)  
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 ตามอัตราค่าธรรมเนียมการศึกษาอบรม จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)

๒. หลังจากชำระค่าลงทะเบียน ให้ผู้ผ่านการคัดเลือกดำเนินการดังต่อไปนี้

๒.๑ ให้ระบุลำดับที่ที่ได้รับการคัดเลือก ชื่อ-นามสกุล ของผู้ผ่านการคัดเลือก ลงในด้านหลังของหลักฐานการโอนเงิน (ที่ได้มาจากธนาคารเท่านั้น) ให้ถูกต้องครบถ้วน

๒.๒ กรอกใบคำร้องขอทำบัตรแสดงตน พร้อมติดรูปถ่าย ๒ 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 ในระหว่างการศึกษาอบรมให้แต่งกายสุภาพ (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 ผลการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ รุ่นที่ ๔๖ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๐ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการลาศึกษาอบรมได้