

เลขที่รับเอกสาร
วันที่



ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

คำขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

- การพยาบาล ชั้น... 1... 2
- การผดุงครรภ์ ชั้น... 1... 2
- การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น..... ...1... .2
- ต่ออายุครั้งที่ ...1. .2. .3 ...4. ...5. ...6. .7. .8. . 9. ..10

1. เลขที่บัตรสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล
ออกให้วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... หหมดอายุวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
2. เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ออกให้วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... หหมดอายุวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้อมูลทั่วไป

3. ข้าพเจ้า **คำนำหน้า** นาย นาง นางสาว (ยศหรือคำนำหน้าอื่นๆ ระบุ).....
ชื่อ(ไทย) ชื่อ(ภาษาอังกฤษ)
ชื่อเดิมตามใบประกอบวิชาชีพครั้งสุดท้าย (ถ้ามี)
สกุล(ไทย) สกุล(ภาษาอังกฤษ)
สกุลเดิมตามใบประกอบวิชาชีพครั้งสุดท้าย(ถ้ามี)
4. เลขประจำตัวประชาชน - - - -
5. วันเดือนปีเกิด วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบัน อายุ.....ปี
6. เชื้อชาติ สัญชาติ..... ศาสนา
7. เพศ หญิง ชาย
8. สถานภาพสมรส โสด สมรส หย่า หม้าย
9. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
10. **สถานที่ติดต่อ** สถานที่ที่ต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อหรือส่งเอกสาร
บ้านเลขที่/สถานที่ปฏิบัติงาน..... ชื่อหมู่บ้าน.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail

11. ข้อมูลการปฏิบัติงาน

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

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

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ประเภทของหน่วยงาน

- หน่วยงานราชการ สังกัด กระทรวง.....
- ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น
- กิจกรรมส่วนตัว อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงานที่ปฏิบัติ

- เป็นหน่วยงานให้บริการ
- สถานีอนามัย / ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์การแพทย์ / สถานีกาชาด
- โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจิตเวช
- ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลกรมราชทัณฑ์ โรงพยาบาลแม่และเด็ก
- โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันมะเร็ง สถาบันประสาท
- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม
- โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย
- โรงพยาบาลในสังกัดรัฐวิสาหกิจ โรงพยาบาลในสังกัดสภาวิชาชีพ
- โรงพยาบาลในสังกัด สตช. คลินิก เอกชน ร้านขายยา
- อื่นๆ ระบุ (ชื่อสถานบริการ)
- หน่วยงานการศึกษา
- สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ
- สังกัดกระทรวงกลาโหม สังกัด กทม. สังกัดเอกชน
- สังกัดกระทรวง(ระบุ)..... สังกัดสภาวิชาชีพ
- อื่นๆระบุ (ชื่อสถานบริการ).....
- หน่วยงานสนับสนุน
- สภาการพยาบาล สำนักการพยาบาล สภาวิชาชีพ
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย /สาขา.....
- หน่วยงานอื่นๆในกระทรวงสาธารณสุข อื่นๆ ระบุ.....

ประเภทงานที่ปฏิบัติหลัก (ตอบเพียงหน่วยงานหลักเท่านั้น)

- ผู้บริหาร
- อธิการบดี รองอธิการบดี ผู้ช่วยอธิการบดี
- คณบดี รองคณบดี ผู้ช่วยคณบดี
- ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัย พยาบาล
- หัวหน้าพยาบาล /หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ (รวม ตำแหน่งที่เรียกชื่ออื่นๆ ที่เป็นผู้บริหารสูงสุด ในระดับองค์กรพยาบาล)
- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล/รองหัวหน้าพยาบาล
- หัวหน้างาน ระบุ
- ผู้ตรวจการ ระบุ.....
- หัวหน้าหน่วย ระบุ
- หัวหน้าหอผู้ป่วย ระบุ.....
 - OPD ER LR OR วิสัญญี IC
 - ICU CCU NICU SICU MICU ICU อื่นๆระบุ.....
 - Ward
 - ศัลยกรรม ศัลยกรรม กระดูก อายุรกรรม
 - กุมารเวชกรรม สูติกรรม/ นรีเวชกรรม หู คอ จมูก
 - ตา อื่นระบุ.....
- ผู้บริหารอื่นๆ
 - หัวหน้างาน เวชปฏิบัติครอบครัว หัวหน้างาน รักษาพยาบาล งานเวชกรรมสังคม
 - หัวหน้างาน PCU เจ้าของกิจการ /ผู้จัดการ
 - ผู้บริหารตำแหน่งอื่นๆ.(ระบุ)..... อื่นๆระบุ.....
- พยาบาลระดับปฏิบัติการ ในหน่วยงาน
 - OPD ER LR OR วิสัญญี IC
 - ICU CCU NICU SICU MICU ICU อื่นๆระบุ.....
 - Ward
 - ศัลยกรรม ศัลยกรรม กระดูก อายุรกรรม
 - กุมารเวชกรรม สูติกรรม/ นรีเวชกรรม หู คอ จมูก
 - ตา
 - งานเวชปฏิบัติครอบครัว งาน รักษาพยาบาล งานเวชกรรมสังคม
 - สถานีอนามัย PCU PCU
 - อาจารย์ พยาบาล นักวิชาการพยาบาล
 - ตำแหน่ง อื่นๆ ระบุ.....ฝ่าย / แผนก/ งาน
 - อื่นๆระบุ.....

12. ตำแหน่ง

ชื่อตำแหน่ง (ตาม บัญชีกำหนดตำแหน่ง) ระดับ.....

เงินเดือน.....บาท/เดือน เงินประจำตำแหน่ง.....บาท/เดือน

เงินค่าล่วงเวลาเฉลี่ย.....บาท/เดือน เงินเพิ่มพื้นที่เสี่ยงภัย.....บาท/เดือน

รายได้อื่นๆ ระบุ..... เฉลี่ย.....บาท/เดือน

13. การศึกษา

13.1 สำหรับผู้ที่จบ ระดับประกาศนียบัตร (ผู้ที่จบ พยาบาลเทคนิคหรือวุฒิอื่นทางด้านสาธารณสุข ก่อนระดับปริญญาตรีพยาบาล)

วุฒิเดิม สถาบันที่จบ..... ปีที่สำเร็จ

วุฒิระดับปริญญาตรี.....สถาบันที่จบ..... ปีที่สำเร็จ

ระดับปริญญาโท..... สถาบันที่จบ..... ปีที่สำเร็จ

ระดับปริญญาเอก.....สถาบันที่จบ..... ปีที่สำเร็จ

การศึกษาหลังปริญญาในระดับการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา.....
 สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 การศึกษาหลังปริญญาระบุ.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 13.2 สำหรับผู้ที่จบ ระดับประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์หรือปริญญาตรีทางการพยาบาล
 วุฒิระดับปริญญาตรี.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 ระดับปริญญาโท.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 ระดับปริญญาเอก.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 การศึกษาหลังปริญญาในระดับการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา.....
 สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....
 การศึกษาหลังปริญญาระบุ.....สถาบันที่จบ.....ปีที่สำเร็จ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอต่ออายุใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ โดยแนบหลักฐาน ดังนี้

- (1) สำเนาทะเบียนบ้าน
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสภาการพยาบาล
- (3) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ชั้น.....ประเภท.....
- (4) สำเนาใบประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอต่อใบอนุญาตสำเร็จการศึกษาจาก
ต่างประเทศและไม่มีสัญชาติไทย
- (5) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด จำนวน.....ฉบับ
คำนวณจำนวนหน่วย CNEU ได้หน่วย
- (6) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป
- (7) เอกสารการชำระเงิน จำนวน.....บาท
 - ชำระเป็นเงินสด ณ. สำนักงานสภาการพยาบาล
 - โอนเข้าบัญชีของสภาการพยาบาล ผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) สาขาย่อย
กระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี “สภาการพยาบาล” โดยชำระผ่านระบบ Teller payment
company code = MDSTNC โดยแนบ Slip จากธนาคารมาพร้อมหลักฐานด้วยแล้ว

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

หมายเหตุ

- สำหรับข้อมูลต่าง ๆ นอกจากจะใช้ประกอบการพิจารณาต่ออายุใบอนุญาตแล้ว
สภาการพยาบาลจะใช้เป็นข้อมูลเพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาวิชาชีพด้วย
- ข้อมูลส่วนบุคคลจะไม่เปิดเผย โดยดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสาร
ของราชการ (พรบ. ข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540)