

สถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
 หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี  
 หลักสูตร โครงการฝึกอบรมพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร(Digestive Endoscopy Nurse Training)  
 อบรมวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 – วันที่ 31 มีนาคม 2561

ติดรูปถ่ายผู้สมัคร

ถ่ายไม่เกิน

6 เดือน

สำหรับผู้สมัคร(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

1. ชื่อ / สกุล (ภาษาไทย).....  
 (ภาษาอังกฤษ).....
2. เพศ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี ศาสนา.....
3. สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  แยก
4. จบการศึกษาพยาบาลจาก.....พศ.....เกรดเฉลี่ย.....
5. ประวัติการศึกษาอบรม.....
6. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
7. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล.....  
 รัฐบาล  เอกชน  กทม  
 หน่วยงานที่ปฏิบัติ.....  
 เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....  
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....
8. ข้อมูลหน่วยงาน
  - 8.1 จำนวนแพทย์ที่ทำการส่องกล้อง แพทย์อายุรกรรม.....คน แพทย์ศัลยกรรม.....คน
  - 8.2 จำนวนพยาบาลที่ประจำในหน่วยงาน.....คน ผ่านการอบรม Digestive Endoscopy Nurse.....คน  
 ไม่ประจำ(หมุนเวียน).....คน ผ่านการอบรม Digestive Endoscopy Nurse.....คน
  - 8.3 จำนวนกล้องส่องตรวจ Gastroscopeจำนวน.....ตัว Colonoscopeจำนวน.....ตัว  
 Duodenoscope(ERCP)จำนวน.....ตัว EUS จำนวน.....ตัว
  - 8.4 จำนวนผู้ป่วยที่ทำการส่องตรวจต่อปี Gastroscopeจำนวน.....คน Colonoscopeจำนวน.....คน  
 Duodenoscope (ERCP)จำนวน.....คน EUS จำนวน.....คน
9. ประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร.....ปี.....เดือนเคยสมัครปี.....
10. เหตุผลและความจำเป็นในการสมัครเข้ารับการอบรมครั้งนี้.....
11. ความสามารถพิเศษ.....
12. E-mail address.....

ลงนาม.....ผู้สมัคร

( )

วันที่สมัคร.....