



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..... หมู่..... 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
- กิจการส่วนตัว อื่นๆ ระบุ.....

หน่วยงานที่ปฏิบัติ

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

ประเภทงานที่ปฏิบัติหลัก (ตอบเพียงหน่วยงานหลักเท่านั้น)

- ผู้บริหาร
- อธิการบดี รองอธิการบดี ผู้ช่วยอธิการบดี
- คณบดี รองคณบดี ผู้ช่วยคณบดี
- ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัย พยาบาล
- หัวหน้าพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ (รวม ตำแหน่งที่เรียกชื่ออื่นๆ ที่เป็นผู้บริหารสูงสุดในระดับองค์กรพยาบาล)

- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล/รองหัวหน้าพยาบาล
 ผู้ตรวจการ ระบุ.....
 หัวหน้าหอผู้ป่วย ระบุ.....
- ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 หัวหน้างาน ระบุ.....
 หัวหน้าหน่วย 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 เงินเพิ่มพื้นที่เลี้ยงภัย.....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) สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ ชื่อสกุล คำนำหน้าชื่อ บัตรข้าราชการ (กรณีใช้ยศ)
- (5) สำเนาใบประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอต่อใบอนุญาตสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและไม่มีสัญชาติไทย
- (6) เอกสารแสดงว่าเป็นผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด จำนวน.....ฉบับ
 คำนวณจำนวนหน่วย CNEU.ได้หน่วย
- (7) รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป
- (8) เอกสารการชำระเงิน จำนวน.....บาท
 - ชำระเป็นเงินสด ณ. สำนักงานสภาการพยาบาล
 - โอนเข้าบัญชีของสภาการพยาบาล ผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี "สภาการพยาบาล" โดยชำระผ่านระบบ Teller payment company code = MDSTNC โดยแนบSlip จากธนาคารมาพร้อมหลักฐานด้วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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