**หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน**

**ในการสอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง**

ติดรูปถ่าย

ขนาด

๑ นิ้ว

**ในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์**

**ประจำปี พ.ศ. ..............**

วันที่...........เดือน...........................พ.ศ. ..................

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

ชื่อ 🞏 นาย 🞏 นาง 🞏นางสาว ..........................................นามสกุล.......................................อายุ.............ปี

นามสกุลเดิม....................................เกิดวันที่...........เดือน................................พ.ศ. ........... สัญชาติ...................

ชื่อ – นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ...........................................................................................................................

เลขบัตรประจำตัวประชาชน 🞎 - 🞎🞎🞎🞎 - 🞎🞎🞎🞎🞎 - 🞎🞎 - 🞎

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ เลขที่ 🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎 วันที่บัตรหมดอายุ ..................................

**ที่อยู่ปัจจุบัน** บ้านเลขที่..............................หมู่ที่.........ซอย..................................ถนน........................................

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

รหัสไปรษณีย์......................................โทรศัพท์...................................โทรศัพท์มือถือ.........................................

E-mail.................................................................................................................................................................

**สถานที่ปฏิบัติงาน** ..................................................................แผนก........................................เลขที่.................. ซอย.......................................ถนน...........................................ตำบล/แขวง.........................................................อำเภอ/เขต.......................................................จังหวัด.........................................รหัสไปรษณีย์...........................โทรศัพท์.................................................โทรสาร..........................................

**สถานที่ที่ติดต่อได้สะดวก** 🞏 บ้าน 🞏 ที่ทำงาน

**สาขาที่ขอสอบหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์**

🞏 สาขา ..............................................................................................................

🞏 แขนง (ถ้ามี)……………………………………………………………………..

**สถานะภาพ**

🞏 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางการพยาบาล สาขา...............................................................

เมื่อ วันที่ .........เดือน ....................... พ.ศ. ............จาก .....................................................................................

🞏 สอบผ่านข้อเขียนตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.๒๕๕๑เมื่อวันที่ .....เดือน ............... พ.ศ. ................

🞏 ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาล ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการออกวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๔๑ และ พ.ศ.๒๕๕๑สาขา .....................................................................

ออกให้ ณ วันที่ .........เดือน ....................... พ.ศ. ............

🞏 ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากต่างประเทศ สาขา .....................................................................................ประเทศ…………………………………..

🞏 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอกทางการปฏิบัติการพยาบาล (Doctor of Nursing Practice) หรือเทียบเท่า จาก...........................................................

**ระยะเวลาการปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล**

🞏 ปฏิบัติงานด้าน....................................................................................... เป็นเวลา .... ปี ..... เดือน

**คุณสมบัติของสถานที่ปฏิบัติงาน**

🞏 ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน....................................................................................................................

🞏 มีจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการหรือครอบครัวหรือชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบตรงสาขาที่ขอสอบจำนวน .................... คน หรือจำนวน...............ครอบครัว หรือจำนวน..............ชุมชน

🞏 ได้รับการรับรองคุณภาพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล เมื่อวันที่ ...เดือน ............ พ.ศ. ........ **และหรือ**

🞏 ได้รับการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพในประเทศ เมื่อวันที่ ......เดือน .................. พ.ศ. ................ **และหรือ**

🞏 ได้รับการรับรองคุณภาพระดับนานาชาติ จาก............................................................................   
เมื่อวันที่ ......เดือน .................. พ.ศ. ................

**ลักษณะและปริมาณงานที่ปฎิบัติ**

🞏 มีผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการหรือครอบครัวหรือชุมชน**ที่อยู่ในความรับผิดชอบดูแลอย่างต่อเนื่อง**ในปัจจุบันจำนวน..................คน/เดือน หรือจำนวน...............ครอบครัว หรือจำนวน.................ชุมชน

🞏 กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ/ชุมชน/พื้นที่ที่รับผิดชอบดูแล(ระบุให้ละเอียด)

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................

🞏 ให้การ**ดูแลและจัดระบบ**การดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ หรือครอบครัว หรือชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง จำนวนทั้งหมด..................... คน หรือจำนวนทั้งหมด....................ครอบครัว หรือจำนวนทั้งหมด.................ชุมชน

🞏 มีประสบการณ์เป็นผู้นำในการสร้างนวตกรรม หรือ Clinical practice guideline ตลอดจนการนำไปใช้และการประเมินผล จำนวน..............เรื่อง ได้แก่……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

…………………………………………..........................................................................................................……………....

🞏 มีประสบการณ์ในการสอน ชี้แนะ เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักศึกษา พยาบาล นักศึกษาในทีมสุขภาพ และ ทีมงาน (ระบุรายละเอียด พร้อมหลักฐาน) ..................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

…………………………………………..........................................................................................................……………....

…………………………………………..........................................................................................................……………....

🞏 มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ (ระบุรายละเอียด พร้อมหลักฐาน) .............................

……………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................

…………………………………………..........................................................................................................……………....

🞏 มีผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ภายใน ๕ ปีก่อนสอบ หรือคาดว่าจะได้รับการตีพิมพ์ก่อนสอบในวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีวารสารไทย [Thailand Citation Index Center (TCI)] หรือวารสารที่คณะกรรมการการอุดมศึกษารับรอง หรือวารสารนานาชาติ (พร้อมแนบหลักฐาน)

เรื่อง ..................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................................................................................................................................................

ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นความจริงทุกประการ

ลายมือชื่อ......................................................

(....................................................)

ผู้ประสงค์จะขอสอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติ

วันที่........เดือน...................พ.ศ............

**คำรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน**

ข้าพเจ้า............................................................................................................................................................

ตำแหน่ง ..........................................................................................................................................................

ขอรับรองว่า(ชื่อผู้ประสงค์จะขอสอบ)............................................................................................................

ได้ปฏิบัติงานที่ ...............................................................................................................................................

โดยมีลักษณะของ ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ หรือครอบครัว หรือชุมชน ที่รับผิดชอบดูแล ดังนี้.............................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................. .............................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................โดยมีคุณสมบัติและผลงาน จริงทุกประการ

ลายมือชื่อ..............................................

(....................................................)

หัวหน้าหน่วยงาน

วันที่........เดือน...................พ.ศ............

(ประทับตราชื่อหน่วยงาน)