

ประวัติการปฏิบัติงาน Hemodialysis

<p>1. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....</p>	<p>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....</p>
<p>ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิดทำ HDรอบ/วัน เปิดทำ HD..... วัน/สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน</p> <p>ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ</p>	<p>แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็นโทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง</p>
<p>2. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....</p>	<p>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....</p>
<p>ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิด HDรอบ/วัน เปิด HD..... วัน/ สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน</p> <p>ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ</p>	<p>แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อ ห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็นโทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง</p>
<p>3. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....</p>	<p>ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....</p>
<p>ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิด HD.....รอบ/วัน เปิด HD..... วัน/ สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน</p> <p>ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ</p>	<p>แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็นโทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง</p>

4. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....
ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิด HDรอบ/วัน เปิด HD.....วัน/ สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ	แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็นโทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง

5. สถาบัน/สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์หน่วยงาน.....	ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตั้งแต่/...../..... ถึง/...../.....
ก. ข้อมูลหน่วยไตเทียม จำนวนเครื่องไตเทียม ในหน่วยทั้งหมด..... เครื่อง จำนวนผู้ป่วยในหน่วยทั้งหมด ราย/สัปดาห์ เปิด HD.....รอบ/วัน เปิด HD.....วัน/ สัปดาห์ จำนวน Acute HD ครั้ง/เดือน ข. ข้อมูลการปฏิบัติงานของผู้สมัครสอบ จำนวนรอบทำที่ขึ้นปฏิบัติงาน รอบ/สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยที่ท่านดูแลโดยเฉลี่ย ราย/รอบ	แพทย์ผู้รับรอง (แพทย์เป็นผู้เซ็นชื่อห้ามผู้สมัครเขียนชื่อแพทย์ด้วยตนเอง) ข้าพเจ้า (น.พ., พ.ญ.)..... ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็น หัวหน้าพยาบาลห้องไตเทียมผู้รับรอง ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าผู้สมัครได้ปฏิบัติงานด้านไตเทียม ณ สถาบันแห่งนี้ จริง ลายเซ็นโทรศัพท์ หมายเหตุ: ผู้รับรองต้องเขียนชื่อ และ นามสกุล พร้อมทั้งเซ็นรับรองด้วยตนเอง

การระบุเครื่องไตเทียมในการสอบภาคปฏิบัติ

ให้ระบุเครื่องไตเทียมที่ท่านสามารถปฏิบัติได้จริงตามลำดับ โดยให้คำนึงถึงเครื่องไตเทียมที่มีการใช้อยู่โดยทั่วไปในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้ คณะกรรมการจะพิจารณาตามลำดับของการสมัครสอบและตามความเหมาะสมของสนามสอบภาคปฏิบัติเป็นหลัก

- อันดับที่ 1 เครื่องไตเทียม.....รุ่น.....
- อันดับที่ 2 เครื่องไตเทียมรุ่น.....
- อันดับที่ 3 เครื่องไตเทียมรุ่น.....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
 (.....)
 วันที่/...../.....

หมายเหตุ

1. ในกรณีพบว่าผู้เข้าสอบเจตนาทุจริตโดยให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ เพื่อให้ได้สิทธิ์เป็นผู้เข้าสอบ สมาคมโรคไตฯ จะดำเนินการพิจารณา **ยกเลิก** ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของท่านย้อนหลัง และจะตัดสิทธิ์ในการสอบเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมในระยะเวลา 3 ปี
2. **กรณีผู้สมัครสอบมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน หรือแจ้งคุณสมบัติอันเป็นเท็จ และถูกยกเลิกการสมัคร โดยอธิบดีคณะกรรมการสมาคมโรคไตฯ และสมาคมโรคไตฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าสมัครสอบ ทุกภาค**
3. สำหรับผู้ที่มีผลการสอบปีก่อนไม่ผ่านในภาคใดภาคหนึ่ง สามารถใช้สิทธิ์ในการสมัครสอบเฉพาะภาคที่สอบไม่ผ่านได้อีก 2 ครั้ง โดยต้องกระทำการสอบในครั้งถัดไปติดต่อกันนับจากครั้งที่ทำการสอบไม่ผ่าน (ยกเว้นกรณีที่จำเป็น ไม่สามารถมาทำการสอบแก้ตัวได้ ให้แจ้งสาเหตุของการไม่สมัครสอบให้กรรมการทราบ เพื่อพิจารณาเป็นกรณีไป **หากผลสอบไม่ผ่าน 3 ครั้ง ต้องสมัครสอบใหม่ในทุกภาค**