



แบบประวัติและผลงานของ

เพื่อเสนอขอรับรางวัลพยาบาลดีเด่น

วาระครบรอบ 25 ปี สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2567

ประเภท บริการ วิจัย/นวัตกรรม

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
 เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
2. วัน เดือน ปี เกิด อายุปี
3. บัตรสมาชิกสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย เลขที่ วันที่ออกบัตร.....
4. ใบประกอบวิชาชีพพยาบาล เลขที่.....
 วันที่ออกใบอนุญาต.....และวันที่หมดอายุ.....
5. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....E-mail:.....
6. **วุฒิทางการศึกษา** (ตัวย่อและตัวเต็ม) และสถาบันการศึกษา
 - 6.1 ระดับประกาศนียบัตร.....
 สถาบันการศึกษา.....เมื่อ พ.ศ.
 - 6.2 ระดับอนุปริญญา.....
 สถาบันการศึกษา.....เมื่อ พ.ศ.
 - 6.3 ระดับปริญญาตรี.....
 สถาบันการศึกษา.....เมื่อ พ.ศ.
 - 6.4 ระดับปริญญาโท
 สถาบันการศึกษา.....เมื่อ พ.ศ.
 - 6.5 ระดับปริญญาเอก
 สถาบันการศึกษา.....เมื่อ พ.ศ.
7. **เกียรติประวัติการปฏิบัติงาน** (เช่น รางวัล วุฒิบัตรชมเชยที่ได้รับ เครื่องราชอิสริยาภรณ์ ฯลฯ)

10.4 ประโยชน์ที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชน

.....

.....

.....

11. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติทั่วไป คุณสมบัติส่วนตัวและอื่น ๆ ตามประกาศของสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย เรื่องการพิจารณาพยาบาลดีเด่นทุกประการ

ผู้รับรองผลงาน

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าเป็นผลงานของ.....

ลงชื่อ..... เจ้าของประวัติและผลงาน

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

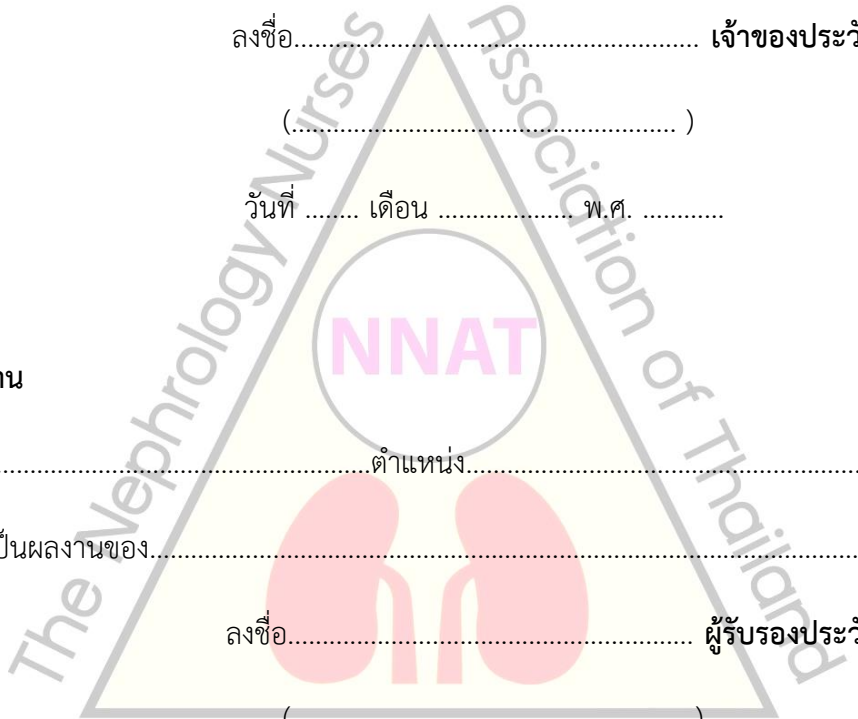
ผู้รับรองประวัติและผลงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย



12. เอกสารแนบท้าย ประกอบการพิจารณา 1 ชุด (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

- 12.1 สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย
- 12.2 สำเนาบัตรประชาชน
- 12.3 สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล (ถ้ามี)
- 12.4 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาล
- 12.5 ผลงานดีเด่นที่เสนอให้พิจารณา

หนังสือรับรอง

1. ข้าพเจ้าชื่อ (นาย /นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
 ตำแหน่ง.....
 สถานที่ปฏิบัติงาน
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....E-mail
- ขอรับรองว่าประวัติและผลงานที่เสนอของ.....
 เป็นความจริงทุกประการ และใคร่ขอเสนอชื่อให้เป็นผู้สมควรได้รับการพิจารณาให้เป็น
 พยาบาลดีเด่น ประเภท

2. เหตุผลที่ท่านเห็นว่า บุคคลที่ท่านเสนอชื่อ สมควรได้รับการพิจารณาให้เป็นพยาบาลดีเด่น

.....

ลงชื่อ

ผู้ให้การรับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาคมพยาบาลโรคไต
แห่งประเทศไทย

หมายเหตุ

การแจ้งรายละเอียดต่างๆ หากไม่อาจกรอกข้อมูลได้ครบถ้วนในช่องว่างที่ให้ ให้ทำเป็นเอกสารแนบท้าย