



มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพราณอก บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-412-4090, 02-419-7187 โทรสาร 02-412-9717

ประกาศ

การฝึกอบรมพยาบาลไตเทียมรุ่นที่ 40

มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงพยาบาลราชวิถี,
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หลักสูตร

การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม)
Program of Nurse Practitioner in Renal Replacement Therapy (Hemodialysis)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นการเพิ่มปริมาณและคุณภาพพยาบาลไตเทียม รองรับความต้องการของการรักษาผู้ป่วยด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทั้งปัจจุบันและอนาคต ให้สามารถปฏิบัติงานในหน่วยไตเทียม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

คณะอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่แหล่งฝึกปฏิบัติ

1. หน่วยไตเทียม มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ณ ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์
2. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก
4. หน่วยไตเทียม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ระยะเวลาดำเนินการฝึกอบรม

- ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
1 กุมภาพันธ์ - 3 มิถุนายน พ.ศ. 2559 รวม 18 สัปดาห์
- การพัฒนาสมรรถนะต่อเนื่องในการปฏิบัติงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
6 มิถุนายน - 5 สิงหาคม พ.ศ.2559 รวม 2 เดือน

จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม

รุ่นละ 34 คน



มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพหลโยธิน บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-412-4090, 02-419-7187 โทรสาร 02-412-9717

-2-

รายละเอียดหลักสูตร

- จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร 18 หน่วยกิต
 - วิชาภาคทฤษฎี 11 หน่วยกิต
 - วิชาภาคปฏิบัติ 7 หน่วยกิต

วิชาภาคทฤษฎี 1 หน่วยกิต = 15 ชั่วโมง
วิชาภาคปฏิบัติ 1 หน่วยกิต = 60 ชั่วโมง
(1 กุมภาพันธ์ – 3 มิถุนายน พ.ศ. 2559)
- หลังจากเสร็จสิ้นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ผู้เข้าฝึกอบรมต้องเข้ารับการพัฒนาสมรรถนะต่อเนื่องในการปฏิบัติงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอีก 2 เดือน และอย่างน้อย 50 รอบของการฟอกเลือด
(6 มิถุนายน – 5 สิงหาคม พ.ศ. 2559)

เกณฑ์การสำเร็จการศึกษา

- ผู้เข้าฝึกอบรม ต้องมีระยะเวลาการศึกษาอบรม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยมีระยะเวลาฝึกปฏิบัติไม่ต่ำกว่า 380 ชั่วโมง
- ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องผ่านการประเมินผลการเรียนด้วยเกรดเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า 2.00 และเกรดเฉลี่ยตลอดโปรแกรมการศึกษา ไม่น้อยกว่า 2.50 ตามระเบียบการวัดผลและประเมินผลตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล
- ผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะต่อเนื่องในการปฏิบัติงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในแหล่งฝึกปฏิบัติที่ได้รับรองมาตรฐานจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย เพิ่มเป็นเวลา 2 เดือน และอย่างน้อย 50 รอบของการฟอกเลือดภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญไตเทียมหรือ Preceptor และได้รับการประเมินว่า “ผ่าน” จึงจะถือว่าสำเร็จการศึกษาและมีสมรรถนะครบถ้วนของพยาบาลเวชปฏิบัติกรบำบัดทดแทนไต

คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม

คุณสมบัติทั่วไป

- เป็นผู้มีความประพฤติดี ประพฤติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
- มีสุขภาพสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคหรือภาวะอันจะเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาและฝึกปฏิบัติ
- มีใบรับรองจากผู้บังคับบัญชาชั้นต้นและได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานนั้นๆ เต็มเวลา



มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพราหมณ์ บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-412-4090, 02-419-7187 โทรสาร 02-412-9717

คุณสมบัติเฉพาะ

1. เป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตร หรือปริญญาบัตรในวิชาชีพการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล
2. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี (นับถึงวันเริ่มฝึกอบรม)
3. ยินยอมฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมทั้งเข้ารับการพัฒนาสมรรถนะต่อเนื่องในการปฏิบัติงานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ตามระยะเวลาที่กำหนด
4. เป็นผู้ที่สามารถปฏิบัติตามข้อ 3 ได้ครบถ้วน โดยมิต้องไปขึ้นเวรปฏิบัติงานพยาบาล ณ ที่ใดที่หนึ่ง
5. ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก
หมายเหตุ : กรณีอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก

การรับสมัคร

1. ใบสมัครของมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
 - 1.1 จำหน่ายระหว่างวันที่ 2 - 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2558 (วันและเวลาราชการ)
 - 1.2 ติดต่อซื้อได้ที่มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ราคาชุดละ 500 บาท พร้อมค่าธรรมเนียมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล 1 เล่ม
 - 1.3 สั่งซื้อทางไปรษณีย์รวมค่าจัดส่งลงทะเบียน ราคาชุดละ 600 บาท โดยให้โอนเงินผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 016-2-06442-9 ชื่อบัญชี "มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย" และส่งสำเนาใบนำฝากให้มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ทางโทรสาร หมายเลข 02-412-9717 ทั้งนี้ขอชื่อ-ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร พร้อมทั้งระบุว่า สมัครฝึกอบรมพยาบาลไตเทียม
2. ระยะเวลารับสมัคร
ระหว่างวันที่ 2 - 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2558 (วันและเวลาราชการ)
3. หลักฐานการสมัคร
 - 3.1 สำเนาบัตรข้าราชการ หรือบัตรประชาชน
 - 3.2 สำเนาทะเบียนบ้าน
 - 3.3 สำเนาวุฒิการศึกษา หรือสำเนาปริญญาบัตร
 - 3.4 สำเนาใบประกอบโรคศิลป์
 - 3.5 สำเนาใบเปลี่ยน ชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)
 - 3.6 สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
 - 3.7 หนังสือรับรองการทำงาน ระบุระยะเวลาทำงานรวมแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี นับถึงวันเริ่มฝึกอบรม (ผู้รับรองต้องเป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หรือกรรมการผู้จัดการ)



มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพราณอก บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-412-4090, 02-419-7187 โทรสาร 02-412-9717

-4-

- 3.8 หนังสือส่งตัวและใบรับรองยินยอมฝึกอบรมเป็นเวลา จากผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด
(เฉพาะผู้ที่สมัครจากต้นสังกัด)
- 3.9 รูปถ่ายสี ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
- 3.10 ใบรับรองแพทย์ พร้อมผลการตรวจเอ็กซเรย์ปอด (ไม่เกิน 6 เดือน นับถึงวันสมัคร)
(เอกสารที่ใช้ในการสมัครรวมใบสมัคร 3 ชุด และเซ็นสำเนาถูกต้องทุกฉบับ)
4. สถานที่รับสมัคร
 - 4.1 มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย (สำนักงาน โรงพยาบาลศิริราช)
ชั้น 1 ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช
เลขที่ 2 ถนนพราณอก บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 02-412-4090, 02-419-7187
 - 4.2 มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย (สำนักงาน โรงพยาบาลสงฆ์)
ชั้น 8 ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์
ถนนศรีอยุธยา กทม. 10400
โทรศัพท์ 02-644-9492-3
 - 4.3 จัดส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนด่วนพิเศษ ตามที่อยู่ มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
(สำนักงาน โรงพยาบาลศิริราช เท่านั้น)
5. การสอบ
วันพุธที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2558
 - 07.30 – 08.30 น. ลงทะเบียน ณ ห้องประชุมสลากกินแบ่งรัฐบาล ชั้น 9
ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์
 - 08.30 – 09.30 น. **สอบข้อเขียน** ณ ห้องประชุมสลากกินแบ่งรัฐบาล ชั้น 9
ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์
 - 13.00 – 15.00 น. **สอบสัมภาษณ์** ณ สำนักงานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย
ชั้น 8 ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ (เฉพาะผู้สอบข้อเขียนผ่านเท่านั้น)
6. ประกาศผลการรับสมัคร
วันอังคารที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2558 โดยติดประกาศ
 - ณ สำนักงานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ชั้น 1 ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช
 - ณ สำนักงานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ชั้น 8 ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ หรือ
 - เว็บไซต์มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย www.kidneythai.org



มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ตึกธนาคารไทยพาณิชย์ โรงพยาบาลศิริราช 2 ถนนพราณอก บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 02-412-4090, 02-419-7187 โทรสาร 02-412-9717

-5-

การลงทะเบียนฝึกอบรม

ค่าลงทะเบียน : 1,000.- บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ชำระเงินลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ 4 – 15 มกราคม พ.ศ.2559

โดยโอนเงินผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 016-2-06442-9

ชื่อบัญชี “มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย” และส่งสำเนาใบนำฝากให้มูลนิธิโรคไตแห่ง

ประเทศไทย ทางโทรสาร หมายเลข 02-412-9717 ภายในวันที่ 15 มกราคม พ.ศ.2559

หากพ้นกำหนดถือว่าสละสิทธิ์

การรายงานตัว

1. ให้รายงานตัวยืนยันเข้ารับการฝึกอบรมพยาบาลไตเทียมเป็นลายลักษณ์อักษรทาง email : baboo24@gmail.com หรือทางโทรสาร 02-412-9717 ระหว่างวันที่ 28 – 29 มกราคม พ.ศ. 2559 หากพ้นกำหนดถือว่าสละสิทธิ์
2. ให้มารายงานตัวด้วยตนเอง ณ สำนักงานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ชั้น 8 ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ ในวันจันทร์ที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 เวลา 08.30 น หากพ้นกำหนดถือว่าสละสิทธิ์

การแต่งกาย :

1. เสื้อมีแขนสีสุภาพ
2. กระโปรงยาวคลุมเข่าสีสุภาพ
3. รองเท้าหุ้มส้น
4. เมื่อขึ้นฝึกอบรมภาคปฏิบัติ ให้สวมเสื้อกาวน์แขนสั้นตัวยาวคลุมเข่าทับ

ที่พัก

ผู้สมัครจะต้องติดต่อหาที่พักและรับผิดชอบตัวเองตลอดช่วงระยะเวลาการฝึกอบรม

หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อ น.ส.อ้อยทิพย์ ตรีกิจวัฒนากุล หรือ นางบงกช เทภาสิต โทร. 02-412-4090, 02-419-7187

ในวันและเวลาราชการ หรือ email : baboo24@gmail.com ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.kidneythai.org

ประกาศ ณ วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2558

(ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์สุพัฒน์ วาณิชย์การ)

เลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

ตัวอย่างหนังสือรับรองการทำงาน

หัวข้อหมายหน่วยงาน

หนังสือรับรอง

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล.....
ที่อยู่.....
ขอรับรองว่า น.ส./นาง/นาย
ตำแหน่ง.....เป็นผู้มีความประพฤติ ประพฤติการทำงานดี มีความรับผิดชอบ
ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....
ดังรายละเอียดดังนี้

1. หน่วยงาน/แผนก.....ตำแหน่ง.....
ระยะเวลาตั้งแต่.....ถึง.....รวมเวลา.....ปี.....เดือน
2. หน่วยงาน/แผนก.....ตำแหน่ง.....
ระยะเวลาตั้งแต่.....ถึง.....รวมเวลา.....ปี.....เดือน
3. หน่วยงาน/แผนก.....ตำแหน่ง.....
ระยะเวลาตั้งแต่.....ถึง.....รวมเวลา.....ปี.....เดือน

รวมเวลาทั้งสิ้น ปีเดือน จริง

ออกให้ ณ วันที่.....

ขอแสดงความนับถือ

ตราประทับ
โรงพยาบาล

.....
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล.....