

การสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตฯ การพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นสอง

แบบคำขอสมัครสอบ

1. คำขอสอบความรู้ฯ สร.1
2. บัตรสอบ (ไม่สามารถ download ได้ ให้แนบรูปถ่ายเพิ่ม 2 รูป เพื่อเจ้าหน้าที่จัดทำบัตรให้)
3. คำขอขึ้นทะเบียน ทญ.1
4. คำขอสมัครสมาชิกสามัญ สพ.1
5. ใบรับรองแพทย์ (แบบของสภาการพยาบาลเท่านั้น)
6. แบบบันทึกประวัติ บป.1

เอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครสอบฯ

1. สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ฉบับ
3. สำเนาปริญญา/ ประกาศนียบัตร/ หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษา 1 ฉบับ
4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 7 รูป (ติด สร.1 1 รูป /บัตรสอบ 2 รูป/ บป.1 1 รูป/ทญ.1 1 รูป/แนบกับหลักฐาน 2 รูป)
5. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี) เช่น ทะเบียนสมรส หนังสือการเปลี่ยนชื่อ
6. **ค่าธรรมเนียม**

- ค่าธรรมเนียมในการสอบครั้งละ	500 บาท
- ค่าสอบรายวิชา วิชาละ 100 บาท (8 วิชา)	800 บาท
- ค่าบำรุงสมาชิก	500 บาท
- ค่าจดทะเบียนสมาชิก	500 บาท
- ค่าขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ	1,200 บาท
รวม	<u>3,500 บาท</u>

การจัดส่งเอกสาร

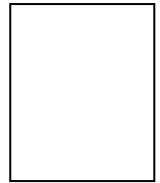
กรอกข้อความพร้อมติดรูปถ่ายในแบบคำขอ พร้อมสำเนาใบโอนเงินค่าธรรมเนียม มาณ สำนักงานสภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

การชำระเงิน

ชำระเงินสดที่สภาฯ หรือชำระเงินทางธนาคารกรุงไทยทุกสาขา ผ่านระบบ Teller Payment



สร.1



คำขอสมัครสอบความรู้ เพื่อขึ้นทะเบียน
และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....ชั้น.....

--	--	--	--	--	--	--	--

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อสกุล.....
สมาชิกสภาการพยาบาลเลขที่..... เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี
บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการเลขที่วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
ที่อยู่ที่ต้องการให้ติดต่อ.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....ต่อ.....มือถือ.....
สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....
หลักสูตร..... เมื่อวันที่..... เดือน พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
..... ชั้น โดยขอสมัครสอบครบทุกวิชาตามประกาศสอบของสภาการพยาบาล ประจำปี พ.ศ.
ครั้งที่เดือน.....และขอสอบ ณ ศูนย์สอบ.....

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานและค่าธรรมเนียมดังนี้ คือ

1. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตาดำ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป (รูปถ่ายในครั้งเดียวกัน) โดยติดที่บัตรประจำตัว
ผู้สอบ บัตรประจำที่นั่งสอบ และคำขอสมัครสอบ
2. หลักฐานอื่น ๆ (ถ้ามี)
3. ค่าธรรมเนียมในการสอบ 500 บาท และค่าธรรมเนียมวิชาที่สอบ..... บาท (วิชาละ 100 บาท)
รวมเป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)

โปรดชำระเงินผ่าน Teller payment ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น โดยแจ้งรหัสของสภาการพยาบาล คือ “MDSTNC”
พร้อมชื่อ – สกุล และเลขที่สมาชิกสภาการพยาบาลของผู้สมัครสอบ (ดูจากผลสอบมูมขวา)
แก่เจ้าหน้าที่ธนาคาร ท่านจะได้รับ slip จากธนาคาร ให้ส่ง slip (ตัวจริง) มาพร้อมคำขอฉบับนี้ด้วย

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ 1. เขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์ดีดในคำขอและบัตรสอบให้ครบทุกแห่ง

สำหรับเจ้าหน้าที่

2. ติดรูปถ่ายในคำขอและบัตรสอบพร้อมลงลายมือชื่อให้ครบ 3 แห่ง

☐ หลักฐานครบถ้วนถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ



ทญ.1

คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

- ☐ การพยาบาล ชั้น.....
- ☐ การผดุงครรภ์ ชั้น
- ☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ต่อ.....

มือถือ.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ฝ่าย / แผนก / งาน.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ต่อ..... โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สถานที่ซึ่งต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ปฏิบัติงาน ☐ หรือที่

บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... หมู่บ้าน.....ตรอก / ซอย.....

ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....ต่อ.....มือถือ.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ได้รับ ☐ ปริญญา

☐ ประกาศนียบัตรในวิชาชีพสาขา.....

เป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....

เดือน.....พ.ศ..... หมาอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ได้ผ่านการสอบความรู้ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลประจำปี พ.ศ..... การสอบครั้งที่.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ชั้น..... ประเภท

☐ การพยาบาล ☐ การผดุงครรภ์ ☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์

พร้อมคำขอนี้ได้แนบเอกสารและหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

(1) สำเนาทะเบียนบ้าน

(2) สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก

(3) สำเนาเอกสารแสดงความรู้ในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ ปริญญา ☐ ประกาศนียบัตร ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

(4) ใบแจ้งผลการสอบความรู้ ตามประเภทและชั้นของใบอนุญาตที่สภาการพยาบาลออกให้

(5) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้น.....

กรณียื่นคำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์

(6) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับ

ใบอนุญาตสำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและไม่มีสัญชาติไทย คือ.....

.....

รูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมแว่นตา คำ ขนาด 1 นิ้ว ซึ่งถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 3 รูป

(7) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต จำนวน บาท

(.....) มาพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว โดย

☐ ชำระเป็นเงินสดที่สำนักงานสภาการพยาบาล

☐ ส่งเป็น.....

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)



คำขอสมัครเป็นสมาชิกสามัญ สมาคมแพทยบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) อายุ ปี
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา
วันที่ เดือน พ.ศ. วุฒิการศึกษา

ที่อยู่ซึ่งต้องการให้สมาคมแพทยบาลติดต่อ หมู่ที่ ตรอก / ซอย
ถนน ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์ ต่อ มือถือ

ขอสมัครเป็นสมาชิกสามัญ สมาคมแพทยบาล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรา 11 (1) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และได้แนบหลักฐานข้อบังคับสมาคมแพทยบาลว่าด้วยการเป็นสมาชิกสมาคมแพทยบาลมาพร้อมคำขอนี้เพื่อประกอบการพิจารณา คือ

(1) สำเนาทะเบียนบ้าน 1 ฉบับ

(2) ☐ ปริญญาบัตร ☐ อนุปริญญาหรือ ☐ ประกาศนียบัตร สาขา

(3) ภาพถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ท่าปกติ ไม่สวมแว่นตา คำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 ภาพ

(4) เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)

ข้าพเจ้าได้ส่งค่าธรรมเนียมจดทะเบียน บาท พร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว.

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย “ ✓ ” ใน ☐ ที่แนบหลักฐาน



(พ)

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่

เดือน.....พ.ศ.ได้ทำการตรวจร่างกาย

นาย/ นาง/ นางสาว.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง
2. โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
3. ติดสารเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรง
4. โรคจิตต่าง ๆ
5. โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
6. โรควัณโรคในระยะอันตราย
7. โรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
8. กามโรคในระยะที่มีฝิ่นหรือแผลตามผิวหนัง
9. โรคอื่น ๆ ในระยะรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

พบว่า (นาย/ นาง/ นางสาว).....

☐ ไม่เป็นโรคดังกล่าวข้างต้น

☐ เป็นโรค.....อยู่ในระยะ.....

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและผดุงครรภ์

ลงนาม.....

(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

บันทึกประวัติผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ/หรือการผดุงครรภ์

☐ การพยาบาลและการผดุงครรภ์

☐ การพยาบาล

☐ การผดุงครรภ์

☐ ชั้นหนึ่ง

☐ ชั้นสอง

ติดรูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว พร้อมลง
ลายมือคร่อม
กำกับรูป

สอบผ่านครั้งที่

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

สมาชิกสภาการพยาบาลเลขที่ ออกให้ ณ วันที่

ใบอนุญาตเลขที่ ออกให้ ณ วันที่

(โปรดกรอกข้อมูลให้ถูกต้องและชัดเจน)

นามผู้ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาต นาย , นาง , นางสาว.....

ยศ อภิไธย

บัตรประชาชนเลขที่ - - - -

เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี สัญชาติ

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่ ซอย

ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

สำเร็จการศึกษาจากสถาบัน

หลักสูตร

ได้รับอนุมัติการสำเร็จการศึกษาเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้ลงนามในใบอนุญาต.....เลขานุการสภาการพยาบาล

ผู้ลงนามในใบอนุญาต.....นายกสภาการพยาบาล



ใบแจ้งการชำระเงินทางธนาคารผ่านระบบ Teller Payment

การชำระเงินเพื่อนำเข้าบัญชีของสภาการพยาบาล ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน สภาการพยาบาล COMPANY CODE = MDSTNC

ชื่อ - สกุล / หน่วยงาน (Customer Name)

เลขที่สมาชิก / เลขที่ใบอนุญาต (Ref.1) ของผู้ชำระเงิน
(กรณีชำระในนามของหน่วยงาน Ref.1 ให้ใส่ 0)

จำนวนเงินที่ชำระ

(ตัวอักษร)

(ตัวเลข)

--	--	--

กรอกรายละเอียดให้ครบแล้วยื่นเจ้าหน้าที่ธนาคาร



แนวปฏิบัติและข้อควรทราบในการชำระเงินผ่านระบบ Teller Payment

1. ผู้โอนเงินจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมในการโอนอัตรา 15 บาท ต่อรายการ สำหรับวงเงินไม่เกิน 100,000 บาท ถ้าหากเกินวงเงินที่กำหนดจะคิดส่วนเกินในอัตราร้อยละ 0.1% แต่ไม่เกิน 1,000 บาท
2. กรอกใบแจ้งการชำระเงินให้ครบถ้วนทุกรายการ (ไม่ต้องเขียนใบนำฝากของธนาคาร) และนำไปติดต่อชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ
3. ตรวจสอบรายละเอียดการชำระเงินให้ถูกต้องจาก Slip ที่ธนาคารออกให้ (ถ่ายสำเนาเก็บไว้เป็นหลักฐาน) และส่ง Slip (ตัวจริง) ให้สภาการพยาบาลพร้อมส่งหลักฐานทางไปรษณีย์ ที่อยู่ สภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
4. ใบแจ้งการชำระเงินนี้เป็นเอกสารสำคัญที่ใช้ในการติดต่อชำระเงินผ่านธนาคารให้กับสภาการพยาบาล (กรุณาย้ายสำเนาใบแจ้งการชำระเงินไปใช้ในการชำระเงินกับสภาการพยาบาลครั้งต่อไป)
5. กรณีมีเหตุขัดข้อง หรือสงสัยประการใด ติดต่อสอบถามได้ที่ ฝ่ายราชการสัมพันธ์ สำนักงานใหญ่ ธ.กรุงไทย หมายเลข (02) 2608-333 ต่อ 437