

การสอบเพื่อขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตฯ การผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง/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. หนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษาฉบับจริง 1 ฉบับ หรือสำเนาใบปริญญาบัตร/ประกาศนียบัตร
4. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 7 รูป (ติด สร.1 1 รูป / บป.1 1 รูป/ทญ.1 1 รูป/แนบกับหลักฐาน 2 รูป/บัตรสอบ 2 รูป)
5. หลักฐานอื่นๆ เช่น สำเนาทะเบียนสมรส , สำเนาหนังสือการเปลี่ยนชื่อ , สำเนาบัตรข้าราชการกรณี(ชายศ)
6. ค่าธรรมเนียม

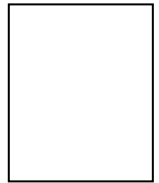
- ค่าธรรมเนียมในการสอบครั้งละ	500 บาท
- ค่าสอบรายวิชา วิชาละ 100 บาท (3 วิชา)	300 บาท
- ค่าบำรุงสมาชิก	500 บาท
- ค่าจดทะเบียนสมาชิก	500 บาท
- ค่าขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง	1,500 บาท
รวม	3,300 บาท
- ค่าขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ชั้นสอง	1,200 บาท
รวม	3,000 บาท

การจัดส่งเอกสาร

กรอกข้อความและติดรูปถ่ายในแบบคำขอ ส่งพร้อมสำเนาใบโอนเงินค่าธรรมเนียม มา ณ ศูนย์สอบความรู้ฯ สภาการพยาบาล อาคารนครินทร์ศรี ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

การชำระเงิน

ชำระเงินสดที่สภาการพยาบาลหรือชำระเงินทางธนาคารกรุงไทยทุกสาขา ผ่านระบบ Teller Payment



คำขอสมัครสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียน
และรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....ชั้น.....
(กรณีสมัครสอบครั้งแรก)

Grid of boxes for identification number

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ชื่อสกุล.....
สมาชิกสภาการพยาบาลเลขที่ (ถ้ามี)..... เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ..... ปี.....เดือน
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....
ที่อยู่ที่ต้องการให้ติดต่อเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....หลักสูตร.....
เมื่อวันที่..... เดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะสมัครสอบความรู้เพื่อขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ
..... ชั้น โดยขอสมัครสอบตามประกาศสอบของสภาการพยาบาล ประจำปี พ.ศ.
ครั้งที่เดือน.....และขอสอบ ณ ศูนย์สอบ (เลือกได้ 3 อันดับ)

- 1.
2.
3.

(ให้ระบุศูนย์สอบลำดับที่ 1 ลงบัตรสอบทั้ง 2 ส่วน)

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานและค่าธรรมเนียม ดังนี้

- 1. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป (รูปถ่ายในครั้งเดียวกัน) โดยติดที่บัตรประจำตัว
ผู้สอบ บัตรประจำที่นั่งสอบ และคำขอสมัครสอบ
2. ค่าธรรมเนียมการสอบเป็นเงินจำนวน 1,300 บาท (หนึ่งพันสามร้อยบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ โปรดชำระเงินผ่าน Teller payment ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น
โดยแจ้งรหัสของสภาการพยาบาล คือ “MDSTNC” พร้อมชื่อ - สกุล
แก่เจ้าหน้าที่ธนาคาร กรณียังไม่มีเลขที่สมาชิกให้ใส่หมายเลขบัตร
ประจำตัวประชาชนใน Ref.1 ท่านจะได้รับ slip จากธนาคาร
ให้ส่ง slip (ตัวจริง) มาพร้อมคำขอฉบับนี้ด้วย

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

วันที่.....



คำขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

ติดรูปถ่าย
1 นิ้ว

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

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี.....เดือน

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

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

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

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

โทรศัพท์มือถือ.....ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail).....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (ถ้ามี).....ฝ่าย / แผนก / งาน.....

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

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

สถานที่ที่ต้องการให้สภาการพยาบาลติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน สถานที่ปฏิบัติงาน หรือที่
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....

อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. วุฒิการศึกษา.....

กรณีเคยเป็นสมาชิกสามัญสภาการพยาบาล

บัตรประจำตัวสมาชิก เลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ชั้น

ประเภท การพยาบาลและการผดุงครรภ์ การพยาบาล การผดุงครรภ์

พร้อมคำขอนี้ได้แนบหลักฐานเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำเนาทะเบียนบ้าน

สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิก (ถ้ามี)

ใบแจ้งผลการสอบความรู้ ตามประเภทและชั้นของใบอนุญาตที่สภาการพยาบาลออกให้ (ถ้ามี)

- สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ที่สภาการพยาบาลเคยออกให้ (ถ้ามี)
- สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ จากต่างประเทศ กรณีผู้ขอขึ้นทะเบียนฯ สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศและไม่มีสัญชาติไทย
- รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมแว่นตา ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ติดแบบ ทญ.1 จำนวน 1 รูป)

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าธรรมเนียมการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ จำนวน บาท
(.....)

- โดย ชำระเป็นเงินสดที่สภาการพยาบาล
 Teller payment ของธนาคารกรุงไทย

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ โปรดชำระเงินผ่าน Teller payment ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น โดยแจ้งรหัสของสภาการพยาบาล คือ “MDSTNC” พร้อมชื่อ - สกุล แก่เจ้าหน้าที่ธนาคาร กรณียังไม่มีเลขที่สมาชิกให้ใส่หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนใน Ref.1 ท่านจะได้รับ slip จากธนาคารให้ส่ง slip (ตัวจริง) มาพร้อมคำขอฉบับนี้ด้วย



คำขอสมัครเป็นสมาชิกสามัญ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว)อายุ ปี.....เดือน
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนาสถานภาพสมรส
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่วันที่ออกบัตร.....วันที่หมดอายุ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
หมายเลขโทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ E-mail.....

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา
เมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. วุฒิการศึกษา

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิกสามัญ สภากาชาด โดยข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วน ตาม
มาตรา 11 (1) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และได้แนบหลักฐานเพื่อ
ประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ปริญญาบัตร
- สำเนาปริญญาบัตร หรือหนังสือรับรองการสำเร็จการศึกษาที่อนุมัติโดยสภามหาวิทยาลัย
- ใบรับรองแพทย์ ตามแบบของสภากาชาด (พ)

ข้าพเจ้าได้ชำระเงินค่าธรรมเนียม และค่าบำรุง

- ค่าธรรมเนียมจดทะเบียนสมาชิก จำนวน 500 บาท
- ค่าบำรุง (5 ปี) จำนวน 500 บาท

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

หมายเหตุ โปรดชำระเงินผ่าน Teller payment ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น โดยแจ้งรหัสของสภากาชาด คือ “MDSTNC”
พร้อมชื่อ - สกุล แก่เจ้าหน้าที่ธนาคาร กรณียังไม่มีเลขที่สมาชิกให้ใส่หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนใน Ref.1
ท่านจะได้รับ slip จากธนาคารให้ส่ง slip (ตัวจริง) มาพร้อมคำขอฉบับนี้ด้วย



(พ)

ใบรับรองแพทย์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่.....ออกให้ ณ วันที่

เดือน.....พ.ศ.ได้ทำการตรวจร่างกาย

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

ตามรายการโรค ดังต่อไปนี้

1. โรคพิษสุราเรื้อรัง
2. โรคทำร้ายในระยะเวลาที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
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

แบบประวัติผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และ/หรือ การผดุงครรภ์

ประเภทของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ

- | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> การพยาบาลและการผดุงครรภ์ | <input type="checkbox"/> ชั้นหนึ่ง | <input type="checkbox"/> ชั้นสอง |
| <input type="checkbox"/> การพยาบาล | <input type="checkbox"/> ชั้นหนึ่ง | <input type="checkbox"/> ชั้นสอง |
| <input type="checkbox"/> การผดุงครรภ์ | <input type="checkbox"/> ชั้นหนึ่ง | <input type="checkbox"/> ชั้นสอง |

ติตรูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว และ ลงลายมือชื่อ กำกับบนรูป
--

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและเขียนตัวบรรจง

ชื่อและนามสกุลผู้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตฯ (นาย / นาง / นางสาว).....

ยศ บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ----

เกิดวันที่ เดือนพ.ศ. อายุ ปีเดือน สัญชาติเชื้อชาติ.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่ ซอยถนน

ตำบล/แขวงอำเภอ/เขตจังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษา.....

หลักสูตร

ได้รับอนุมัติการสำเร็จการศึกษาจากสภามหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ เดือนพ.ศ.

สำหรับเจ้าหน้าที่

สอบความรู้ผ่านครั้งที่

สมาชิกสภาการพยาบาลเลขที่ออกให้ ณ วันที่

ใบอนุญาตเลขที่ออกให้ ณ วันที่

ผู้ลงนามในใบอนุญาต.....เลขาธิการสภาการพยาบาล

ผู้ลงนามในใบอนุญาต.....นายกสภาการพยาบาล

ลงนามผู้บันทึกข้อมูล.....



ใบแจ้งการชำระเงินทางธนาคารผ่านระบบ Teller Payment

การชำระเงินเพื่อนำเข้าบัญชีของสภาการพยาบาล ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน **สภาการพยาบาล** COMPANY CODE = **MDSTNC**

ชื่อ - สกุล หรือ ชื่อหน่วยงาน (Customer Name)

เลขที่สมาชิก หรือเลขที่ใบอนุญาต หรือเลขบัตรประจำตัวประชาชน (Ref.1).....ของผู้ชำระเงิน
(กรณีชำระในนามของชื่อหน่วยงาน Ref.1 ให้ใส่ 0)

จำนวนเงินที่ชำระ (ตัวอักษร) (ตัวเลข)

จำนวนเงินที่ชำระ (ตัวอักษร)	(ตัวเลข)

กรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนเจ้าหน้าที่ธนาคาร



หมายเหตุ กรุณาอ่านแนวปฏิบัติและข้อควรทราบในการชำระเงินผ่านระบบ Teller Payment

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 อาคารนครินทร์ศรี สภาการพยาบาล ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000**
4. ใบแจ้งการชำระเงินนี้เป็นเอกสารสำคัญที่ใช้ในการติดต่อชำระเงินผ่านธนาคารให้กับสภาการพยาบาล
5. กรณีมีเหตุขัดข้องไม่สามารถชำระเงินได้ ติดต่อสอบถามได้ที่ **ฝ่ายราชการสัมพันธ์ สำนักงานใหญ่ ฐ.กรุงไทย หมายเลข (02) 2608-333 ต่อ 437**

(กรุณาถ่ายเอกสารใบแจ้งการชำระเงินเพื่อไปใช้ในการชำระเงินของสภาการพยาบาลครั้งต่อไป)

ชี้แจงสมาชิกสภาการพยาบาล

สภาการพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนระบบการชำระเงินค่าธรรมเนียมใหม่เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2545 ที่ผ่านมา โดยให้ชำระเงินทางธนาคารผ่านระบบ Teller payment ณ ธนาคารกรุงไทยทุกสาขาทั่วประเทศ ซึ่งระบบ Teller payment นี้ สมาชิกต้องเสียค่าธรรมเนียม ในอัตรา ครั้งละ 15 บาทต่อรายการ และข้อมูลการชำระเงินของสมาชิกจะ Online มาให้สภาการพยาบาลในวันรุ่งขึ้นทันที ทำให้สภาการพยาบาลทราบว่าใครเป็นผู้ชำระเงิน และสมาชิกสามารถตรวจสอบการชำระเงินได้

แต่มีสมาชิกสภาการพยาบาล บางท่าน ได้ชำระเงินทางธนาคารโดยไม่ผ่านระบบ Teller payment โดยนำฝากเข้าบัญชีกระแสรายวันของสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นบัญชีที่เปิดไว้ใช้สำหรับระบบนี้ ทำให้ข้อมูลของสมาชิกไม่ส่งมาเข้าฐานข้อมูลของสภาการพยาบาล จึงไม่ทราบว่าเงินของผู้ใด

สภาการพยาบาลจึงขอความร่วมมือจากสมาชิกสภาการพยาบาลทุกท่านที่ต้องชำระเงินค่าธรรมเนียมต่างๆ ให้กับสภาการพยาบาล

1. กรุณาโอนเงินผ่านระบบ Teller payment เพื่อผลประโยชน์ของตัวเอง
2. หากต้องการชำระค่าธรรมเนียมเป็นกลุ่ม/หน่วยงาน กรุณาชำระในนามของหน่วยงานที่ทำงานอยู่ พร้อมทั้งทำหนังสือนำส่งหลักฐานและค่าธรรมเนียมมายังสภาการพยาบาลด้วย

อนึ่ง หากสมาชิกหลายคนรวมเงินกันชำระค่าธรรมเนียมในนามบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ข้อมูลที่ส่งมายังฐานข้อมูลของสภาการพยาบาล จะเป็นชื่อ-สกุลของบุคคลที่มีชื่อใน Slip เท่านั้น จึงขอแนะนำให้ชำระเป็นรายบุคคลหรือชำระในนามของหน่วยงาน (ตามข้อ 2)

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ มา ณ ที่นี้