

ประวัติการปฏิบัติงาน Hemodialysis

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

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

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

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

**การระบุเครื่องไตเทียมในการสอบภาคปฏิบัติ**

ให้ระบุเครื่องไตเทียมที่ท่านสามารถปฏิบัติได้จริงตามลำดับ โดยให้คำนึงถึงเครื่องไตเทียมที่มีการใช้โดยทั่วไปในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้

คณะกรรมการจะพิจารณาตามลำดับของการสมัครสอบและตามความเหมาะสมของสนามสอบภาคปฏิบัติเป็นหลัก

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

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

**หมายเหตุ**

1. ในกรณีประวัติการปฏิบัติงาน Hemodialysis ในสถาบันที่ทำงานที่ปฏิบัติงานก่อนหน้าไม่สามารถให้แพทย์และพยาบาลลงนามได้ ให้ใช้หลักฐานหนังสือรับรองการทำงานหรือสลิปเงินเดือนในขณะที่ปฏิบัติงานนั้นแนบเป็นหลักฐานยืนยันการทำงานได้
2. ในกรณีพบว่าผู้เข้าสอบเจตนาทุจริตโดยให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ เพื่อให้ได้สิทธิ์เป็นผู้เข้าสอบ สมาคมโรคไตฯ จะดำเนินการพิจารณายกเลิก ประกาศนียบัตรผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของท่านย้อนหลัง และจะตัดสิทธิ์ในการสอบเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมในระยะเวลา 3 ปี
3. **กรณีผู้สมัครสอบมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน หรือแจ้งคุณสมบัติอันเป็นเท็จ และถูกยกเลิกการสมัคร โดยถือมติคณะกรรมการสมาคมโรคไตฯ และสมาคมโรคไตฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าสมัครสอบ ทุุกภาค**
4. สำหรับผู้ที่มีผลการสอบปีก่อนไม่ผ่านในภาคใดภาคหนึ่ง สามารถใช้สิทธิ์ในการสมัครสอบเฉพาะภาคที่สอบไม่ผ่านได้อีก 4 ครั้ง (และต้องอยู่ในช่วง 5 ปีจากการสอบครั้งแรก) โดยต้องกระทำการสอบในครั้งถัดไปติดต่อกันนับจากครั้งที่ทำการสอบไม่ผ่าน (ยกเว้นกรณีที่เป็น ไม่สามารถมาทำการสอบแก้ตัวได้ ให้แจ้งสาเหตุของการไม่สมัครสอบให้กรรมการทราบ เพื่อพิจารณาเป็นกรณีไป หากผลสอบไม่ผ่าน 5 ครั้งใน 5 ปี ต้องสมัครสอบใหม่ในทุกภาค