



ประกาศวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
เรื่อง รับสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาวิสัญญีพยาบาล
(ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล) หลักสูตร ๑ ปี สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการ
พัฒนาสมรรถนะด้านบุคลากรทางการแพทย์ โดยการสนับสนุนให้บุคลากรในสังกัดเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง
เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวทาง Hospital Accreditation สำหรับสมรรถนะบุคลากรของ
สถานพยาบาลให้มีศักยภาพและทักษะในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น จึงประกาศหลักเกณฑ์รายละเอียดการรับสมัครดังนี้

๑. จำนวนทุนที่จัดสรร

๑.๑ หลักสูตรเฉพาะทางในสาขาวิสัญญีพยาบาล (ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล) จำนวน ๑ ทุน
(งบประมาณทุนละ ๑๕๐,๐๐๐ บาท)

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัคร

๒.๑ คุณสมบัติผู้สมัครสอบคัดเลือก

๒.๑.๑ คุณสมบัติทั่วไป

- (๑) เป็นผู้มีความประพฤติดี ประวัติการปฏิบัติงานดี มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และ
จรรยาบรรณวิชาชีพ
- (๒) เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค
ต่อการศึกษา

๒.๑.๒ คุณสมบัติเฉพาะ

- (๑) เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน
ในสายวิชาชีพตำแหน่งพยาบาล สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับถึงวันสมัคร
- (๒) เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และเป็นไปตามเงื่อนไขในการขอรับการอบรม
ที่หลักสูตรได้กำหนดครบถ้วน ดังต่อไปนี้

๒.๑ อายุไม่เกิน ๓๕ ปี นับถึงวันเปิดการฝึกอบรม

๒.๒ ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
ชั้นหนึ่งมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี และเป็นผู้ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ครอบคลุ
มจนถึงวันสิ้นสุดการฝึกอบรมฯ

๒.๓ ไม่เป็นผู้ที่ตั้งครรภ์ก่อน หรือ ระหว่างการฝึกอบรม

๒.๔ เป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์ สามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดระยะเวลา
การฝึกอบรม

๒.๕ มีประวัติการทำงานดี ความประพฤติเรียบร้อย และไม่อยู่ในระหว่าง
ถูกลงโทษ หรือสอบสวนทางวินัย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาแล้วเห็นว่าเหมาะสมที่จะเข้ารับการฝึกอบรม

๒.๖ ไม่มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

/ (๓) มีความประพฤติ...

(๓) มีความประพฤติดี ตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ มีผลการประเมินการปฏิบัติงานในหนึ่งรอบปีที่ผ่านมาอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นไป และไม่เป็นผู้ที่ถูกลงโทษทางวินัยหรืออยู่ระหว่างถูกดำเนินการทางวินัย

๓. เงื่อนไขการรับทุนเพื่ออบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาวิสัญญีพยาบาล (ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล)

(๑) เป็นหลักสูตรฝึกอบรมสาขาวิสัญญีพยาบาล (ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล) ระยะเวลา ๑ ปี ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๗๐ โดยผู้รับทุนจะต้องสามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ตลอดระยะเวลาตามที่หลักสูตรและแหล่งฝึกกำหนด

(๒) การรับทุนอบรมหลักสูตรเฉพาะทางในสาขาวิสัญญีพยาบาล ใช้งบประมาณรายจ่ายเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ ภายใต้โครงการเตรียมความพร้อมสู่การรับรองคุณภาพ HA ชั้น ๓ และมาตรฐาน ISO ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๗๐ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายตามที่จ่ายจริง ได้แก่ ค่าลงทะเบียน และค่าเดินทางไปราชการ ด้วยงบประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ บาท/คน/หลักสูตร โดยกำหนดให้ผู้สมัครจัดทำแผนงบประมาณค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย ค่าลงทะเบียน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ค่าพาหนะเดินทาง ค่าที่พัก และค่าเบี้ยเลี้ยง เพื่อใช้ประกอบในการยื่นสมัครตามแบบฟอร์มใบสมัคร ทั้งนี้ หากผู้รับทุนอบรมมีค่าใช้จ่ายเกินกว่าวงเงินที่กำหนด ผู้รับทุนอบรมจะต้องรับผิดชอบชำระค่าใช้จ่ายส่วนต่างด้วยตนเอง

(๓) ผู้รับทุนจะต้องจัดทำสัญญาและปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นระยะเวลาสองเท่าของระยะเวลาที่เข้าศึกษาหรือฝึกอบรม ทั้งนี้ หากผู้รับทุนปฏิบัติงานชดใช้ทุนไม่ครบถ้วนตามเงื่อนไขแห่งสัญญา ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกำหนด

(๔) เป็นผู้มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ รับผิดชอบ มีความวิริยะอุตสาหะ และเสียสละอุทิศตนเพื่อให้การฝึกอบรมบรรลุผลสำเร็จ โดยสามารถเข้ารับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติได้ตลอดระยะเวลาของหลักสูตรตามที่กำหนด รวมทั้งสามารถปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ และเงื่อนไขของสถานศึกษา สถาบัน หรือแหล่งฝึกได้อย่างเคร่งครัด ตลอดจนสามารถปฏิบัติงานในแหล่งฝึกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

๔. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ผู้ประสงค์ที่จะสมัครสอบคัดเลือกเพื่อเข้าอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาวิสัญญีพยาบาล (ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล) หลักสูตร ๑ ปี สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข ให้ดำเนินการยื่นใบสมัครด้วยตนเอง โดยการดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัคร ตามเอกสารแนบท้ายประกาศนี้ พร้อมกรอกใบสมัครจำนวน ๑ ชุด และเอกสารหลักฐานประกอบการรับสมัครตามข้อ ๕ แล้วส่งมาที่ งานบริหารทั่วไป สำนักงานโรงพยาบาล ชั้น ๒ อาคารสร้างเสริมสุขภาพ ในวันและเวลาราชการเท่านั้น ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ทั้งนี้ ผู้สมัครสามารถตรวจสอบการสมัครสอบคัดเลือกได้ที่ ได้ทางเว็บไซต์ www.cmp.ubu.ac.th เมนูข่าวประกาศจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข และเพจโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

๕. เอกสารหรือหลักฐานประกอบการรับสมัคร

(๑) ใบสมัครที่ดำเนินการกรอกข้อมูลเรียบร้อยแล้ว พร้อมติดรูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก และไม่สวมแว่นตาดำ ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป จำนวน ๑ ชุด

(๒) สำเนาใบปริญญาบัตร จำนวน ๑ ฉบับ

(๓) สำเนาใบแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรตามวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ

(๔) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ที่ยังไม่หมดอายุตลอดระยะเวลาการอบรมฯ จำนวน ๑ ฉบับ

(๕) สำเนาหลักฐานหรือเอกสารอย่างอื่น (ถ้ามี) เช่น สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล

/ทั้งนี้ ในสำเนา...

ทั้งนี้ ในสำเนาหลักฐานทุกฉบับ ให้ผู้สมัครเขียนคำรับรองสำเนาถูกต้องและลงชื่อกำกับไว้ด้วย และถือเป็นการรับรองตนเองว่าเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติทั่วไปและคุณสมบัติเฉพาะ ตรงตามประกาศรับสมัครสอบ และต้องกรอกรายละเอียดและข้อมูลต่างๆ ให้ครบถ้วนถูกต้องตรงตามความเป็นจริง พร้อมทั้งยื่นเอกสารหลักฐานในการสมัครให้ถูกต้องครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในประกาศการรับสมัครสอบคัดเลือก

๖. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้าสอบคัดเลือก วัน เวลา และสถานที่สอบคัดเลือก

ผู้สมัครสอบสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบคัดเลือก วันที่ เวลา และสถานที่สอบทาง www.cmp.ubu.ac.th เมนูข่าวประกาศจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข และเพจโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หรือหมายเลขโทรศัพท์ ๐-๔๕๓๕-๓๙๐๙ ต่อ ๕๙๑๒ ในวันที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

๗. วิธีการสอบคัดเลือก (สัมภาษณ์) คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

สอบภาคความเหมาะสม (สัมภาษณ์) ทดสอบความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ ประวัติส่วนตัว อุปนิสัย ทักษะคติ เชาวน์ปัญญา ปฏิภาณไหวพริบ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า บุคลิกภาพอย่างอื่น

๘. เกณฑ์การตัดสิน

การผ่านการสอบคัดเลือกสอบบุคคลเพื่อรับทุนอบรมหลักสูตรฝึกอบรมสาขาวิสัญญีพยาบาล (ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล) ระยะเวลา ๑ ปี พิจารณาจากคะแนนการสอบภาคความเหมาะสม (สัมภาษณ์) โดยผู้ที่ได้รับคะแนนสูงสุดและไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ จะได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้ได้รับทุนอบรมฯ ซึ่งจะพิจารณาตามลำดับคะแนน

๙. การประกาศรายชื่อผู้สอบผ่านการคัดเลือก

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก ในวันที่ ๒๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข www.cmp.ubu.ac.th เมนูข่าวประกาศจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข และเพจโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(ศาสตราจารย์นายแพทย์สงวนสิน รัตนเลิศ)

คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข

ใบสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเพื่อรับทุนอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาวิสัญญีพยาบาล (ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล) หลักสูตร 1 ปี
สังกัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี



ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สมัคร

1.1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย).....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบันอายุ.....ปี
เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... บัตรหมดอายุ.....
อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์สำนักงาน..... มือถือ.....
อีเมล.....

1.2) ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิระดับปริญญาตรี..... สาขา..... มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
คุณวุฒิระดับปริญญาโท..... สาขา..... มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....
คุณวุฒิระดับปริญญาเอก..... สาขา..... มหาวิทยาลัย/สถาบัน.....

1.3) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.....ปี
ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....
ดำรงตำแหน่งในระดับผู้บังคับบัญชาขั้นต้น หัวหน้างาน/กลุ่มงาน.....

(ประวัติรายละเอียดของงานที่ผ่านมาโดยเรียงลำดับจากปัจจุบันก่อน)

สถานที่ปฏิบัติงาน	ระยะเวลาปฏิบัติงาน		ตำแหน่งหน้าที่ ที่รับผิดชอบ	ลักษณะงาน
	เริ่ม	ถึง		

1.4) สถาบันที่ต้องการสมัครเข้ารับการอบรมวิสัญญี (โปรดให้ข้อมูล 3 ลำดับ โดยเรียงลำดับตามความต้องการก่อนหลัง)

ชื่อสถาบันลำดับที่ 1.....

ชื่อสถาบันลำดับที่ 2.....

ชื่อสถาบันลำดับที่ 3.....

1.5) ความสอดคล้องหรือประโยชน์กับงานหรือตำแหน่งที่ดำรงอยู่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.6) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในงาน/ตำแหน่งที่ดำรงอยู่หลังจากได้รับการอบรมหลักสูตรฯ

(1).....

.....

(2).....

.....

(3).....

.....

(4).....

.....

(5).....

.....

1.7) ข้อมูลประกอบการเดินทางไปปฏิบัติงานเพื่อรับทุนอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาวิสัญญีพยาบาล (ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล) หลักสูตร 1 ปี

1.7.1 แผนงบประมาณรายจ่าย

ลำดับ	รายละเอียด	รายละเอียด			รวมการประมาณการค่าใช้จ่าย
		ครั้ง		ราคา/หน่วย	รวม
1	ค่าลงทะเบียน	1	.....	.....	.....บาท
2	ค่าเบี้ยเลี้ยง	วัน		ราคา/หน่วย	รวม
		.....	.....	.....	.....บาท
3	ค่าที่พัก	วัน		ราคา/หน่วย	รวม
		.....	.....	.....	.....บาท
4	ค่าพาหนะ	ครั้ง		ราคา/หน่วย	รวม
		.....	.....	.....	.....บาท
5	ค่ารถรับจ้าง	ครั้ง		ราคา/หน่วย	รวม
		.....	.....	.....	.....บาท
รวมทั้งสิ้น					.....บาท

1.7.2 แผนการเช่าที่พัก

โปรดแสดงข้อมูลความเหมาะสมของสถานที่พักซึ่งวางแผนการเช่าที่พักหรืออยู่อาศัย และระยะทางจากสถานที่ฝึกอบรมฯ พร้อมจัดทำแผนที่พอสั่งเช่าเพื่อแสดงตำแหน่งที่พักแผนที่หรือแสดงจุดตั้งของสถานที่เทียบกับสถานที่ฝึกอบรมอย่างชัดเจน เพื่อประกอบการพิจารณาด้านงบประมาณ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัย

ลำดับ	ชื่อที่พัก หรือที่อยู่	ระยะทาง (กม.)	ค่าเช่าต่อคืน/เดือน	วิธีการเดินทางโปรดระบุ (เดิน/ รถจักรยานยนต์/ รถยนต์/ รถโดยสาร)
1				
2				
3				

แผนที่โดยสังเขป

บุคคลที่สามารถติดต่อได้(กรณีฉุกเฉิน) ชื่อ-สกุล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ซอย.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว.....
E-mail address.....

ส่วนที่ 3 หลักฐานการสมัคร

- (1) สำเนาใบปริญญาบัตร พร้อมรับรองสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
- (2) สำเนาใบแสดงผลการศึกษา พร้อมรับรองสำเนา จำนวน 1 ฉบับ
- (3) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพร้อมรับรองสำเนา จำนวน 1 ฉบับ

ส่วนที่ 4 คุณสมบัติเฉพาะของผู้สอบคัดเลือกบุคคลเข้าอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาวิสัญญี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย “” ในข้อที่เลือก

4.1 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยท่านปฏิบัติงานในหน่วยงานใด

- กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ งานเวชกรรมสังคม งานอาชีวอนามัย
- กลุ่มงานด้านการพยาบาล งานการพยาบาลผ่าตัดและวิสัญญี
- งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
- งานการพยาบาลผู้ป่วยใน งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- อื่นๆ ระบุ.....

- 4.2 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน ไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 4.3 มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ และเป็นไปตามเงื่อนไขในการขอรับอบรมตามที่หลักสูตรได้กำหนดไว้อย่างครบถ้วน
- 4.4 มีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- 4.5 เป็นผู้ที่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบการสมัครสอบคัดเลือกบุคคลเข้าฝึกอบรมจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น (หัวหน้ากลุ่มงาน) และมีข้อมูลปรากฏใน ส่วนที่ 2 ของใบสมัคร
- 4.6 มีความประพฤติดี ประวัติการปฏิบัติงานดี มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ
- 4.7 ผู้สมัครยินยอมเข้ารับการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและยอมรับผลการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ

ส่วนที่ 5 เงื่อนไขของผู้สอบคัดเลือก

ผู้สมัครสามารถปฏิบัติตนในการเข้ารับฝึกอบรมตลอดหลักสูตรได้ ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้า ยอมรับ ไม่ยอมรับ

- 5.1 มีค่าใช้จ่ายในการอบรมหลักสูตรภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขที่ได้รับอนุมัติให้ลาศึกษาฝึกอบรมฯ จากงบประมาณรายจ่ายการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ ไม่เกินวงเงิน 150,000 บาท/หลักสูตร
- 5.2 ยินดีจัดทำสัญญาและปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นระยะเวลาสองเท่าของระยะเวลาที่เข้าศึกษาหรือฝึกอบรม ทั้งนี้ หากปฏิบัติงานชดใช้ทุนไม่ครบถ้วนตามเงื่อนไขแห่งสัญญา ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกำหนด
- 5.3 สามารถหาที่พัก และเดินทางระหว่างการเข้ารับฝึกอบรมได้ด้วยตนเอง
- 5.4 สามารถเรียนในวันหยุดนักขัตฤกษ์ วันเสาร์-อาทิตย์ หรือตามตารางที่สถาบันกำหนดได้ตลอดหลักสูตร
- 5.5 สามารถปฏิบัติงานในแหล่งฝึกปฏิบัติที่ระบุไว้ได้
- 5.6 สามารถปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับที่สถานศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติกำหนดได้อย่างเคร่งครัด
- 5.7 เข้ารับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตามระยะเวลาที่กำหนดได้ตลอดหลักสูตร
- 5.8 เข้ารับการฝึกปฏิบัติและรายงานผลตามที่หลักสูตรกำหนด
- 5.9 มีความตั้งใจ ความรับผิดชอบ ความวิริยะ อุตสาหะ และอุทิศตนเพื่อให้ประสบความสำเร็จ

ส่วนที่ 6 คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัคร และเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัครในครั้งนี้ เป็นความจริงทุกประการ

.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้สมัคร

วันที่...../...../.....