

## ใบสมัครอบรม

โครงการ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลืองานพยาบาลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ระยะเวลาอบรม ๑๑ วัน)

### ข้อมูลผู้สมัคร

๑. ชื่อ-สกุล ผู้สมัคร ( ) นาย / ( ) นาง / ( ) นางสาว.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน(๑๓ หลัก).....  
เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน  
สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง  
วุฒิการศึกษา ( ) ประถม ( ) มัธยม/ปวช. ( ) ปวส./อนุปริญญา ( ) ป.ตรี คณะ.....  
( ) ป.โท คณะ..... ( ) ป.เอก คณะ.....  
ภาวะสุขภาพ ( ) แข็งแรงดี ( ) มีโรคประจำตัว ระบุ.....

### ๒. ที่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ผู้สมัครต้องมีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครเท่านั้น\*\*\*)

บ้านเลขที่.....ชุมชน/หมู่บ้าน.....แขวง.....เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรบ้าน.....เบอร์โทรมือถือ.....

### ๓. ที่อยู่ตามบัตรประชาชน บ้านเลขที่.....หมู่/หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....

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

### ๔. เหตุผลในการสมัครเข้าร่วมโครงการ ( ) ดูแลตนเองและครอบครัว ( ) ต้องการทำงานจิตอาสา ( ) อื่นๆ.....

### ๕. ประเภทของผู้สมัครเข้ารับการอบรม ( ) ประชาชน ( ) ข้าราชการ ( ) อสส. ( ) อื่นๆ.....

### ข้อกำหนด และ คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

1. ต้องมีอายุ 25 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ
2. มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ อายุเกิน 70 ปี อยู่ในการดูแลที่บ้าน หากไม่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในการดูแลที่บ้าน ต้องร่วมเป็นจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุกับทีมพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุขตามพื้นที่อยู่จริงของผู้เข้าอบรม
3. มีที่อยู่ปัจจุบันในกรุงเทพมหานครเท่านั้น
4. เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี 8 วัน ณ โรงแรมในกรุงเทพมหานคร และฝึกภาคปฏิบัติ จำนวน 3 วัน ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขตามที่อยู่จริงในเขตของผู้เข้าอบรม รวมระยะเวลาอบรม 11 วัน
5. จะได้รับวุฒิบัตรจากกรุงเทพมหานคร เมื่อเข้าอบรมครบเต็มเวลา
6. มีความประสงค์จะเป็นจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ

เอกสารที่ใช้ในการสมัคร > ใบสมัครอบรม พร้อมแนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 1 ใบ

การอบรมระหว่างวันที่ 16 - 25 มกราคม 2566 ในวันและเวลาราชการ

(\*\*\*วันเวลาอาจมีการเปลี่ยนแปลง รอกการประสานกลับจากเจ้าหน้าที่เพื่อความถูกต้อง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนั้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร

วันที่รับสมัคร...../...../.....



# ข้อมูลผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลที่บ้าน

กรอกข้อมูล  
กรณีที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลที่บ้าน

ข้อมูลผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ
คำนำหน้า ด.ญ. /ด.ช. /นางสาว /นาง /นาย
ชื่อ ..... นามสกุล.....อายุ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
หมายเลขประจำตัวประชาชน (๑๓ หลัก).....
สัญชาติ ( ) ไทย ( ) ต่างชาติ
สิทธิการรักษาพยาบาล ( ) หลักประกันสุขภาพ(บัตรทอง) ( ) ประกันสังคม ( ) ข้าราชการ ( ) สิทธิว่าง ( ) ไม่มีสิทธิ ( ) ต่างดาว ( ) อื่นๆ.....
โรค* .....
อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัว ( ) ไม่มี ( ) มี ( ) NG Tube ( ) Foley's cath ( ) T Tube ( ) อื่นๆ ระบุ.....
โรงพยาบาลที่เข้ารับรักษา ระบุ .....
ปัญหา/ความต้องการในการเฝ้าติดตาม** .....
ที่พักอาศัยอยู่จริง* บ้านเลขที่* ..... ชุมชน.....ซอย.....ถนน*..... แขวง*.....เขต*.....กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์.....
ลักษณะที่อยู่ ( ) บ้านเดี่ยว ( ) ทาวน์เฮาส์ ( ) ตึกแถว ( ) อพาร์ทเมนต์ ( ) คอนโดมิเนียม ( ) อื่นๆ ระบุ .....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อผู้ป่วยได้* .....
สถานที่ ได้ชัดเจน .....

\*\* ข้อมูลดังกล่าวใช้เพื่อวางแผนในการเข้าดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุตามพื้นที่เท่านั้น \*\*