



ใบสมัครประธานเขต  
สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย  
THE THAI PERIOPERATIVE NURSES ASSOCIATION

ติดภาพถ่าย  
1 x 1

ชื่อ - สกุล (นาง / นางสาว / นาย) ..... (ภาษาอังกฤษ) .....

มีความประสงค์สมัครเป็นประธาน  เขต 1  เขต 2  เขต 3  เขต 4  เขต 5

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ..... เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี

ที่ทำงาน (โรงพยาบาล) ..... แผนก ..... ตำแหน่ง .....

เลขที่ ..... หมู่ ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

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

ประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด ..... ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ....

ผลงานทางห้องผ่าตัดที่โดดเด่น .....

เคยร่วมทำงานกับชมรม / สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ตำแหน่ง ..... พ.ศ. ....

บ้าน เลขที่ ..... ตำบล/แขวง ..... เขต/อำเภอ .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... เบอร์มือถือ ..... e-mail .....

วุฒิการศึกษา และ สถานบันการศึกษา

ประสบการณ์การทำงาน

วิสัยทัศน์  
(ความมุ่งมั่นที่ให้กับสมาคมฯ)

ลงชื่อผู้สมัคร .....

(.....)

วันที่ .....

คุณสมบัติของประธานเขต

1. ต้องเป็นสมาชิกสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย สมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยและสมาชิกสภาการพยาบาล
2. เคยมีประสบการณ์ทำงานในห้องผ่าตัด ไม่น้อยกว่า 15 ปี อย่างต่อเนื่อง
3. มีผลงานทางห้องผ่าตัดที่โดดเด่นด้านบริหาร ด้านบริการ หรือด้านวิชาการ เป็นที่ประจักษ์
4. เคยร่วมทำงานกับสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย เป็นอนุกรรมการ / กรรมการสมาคมฯ อย่างน้อย 4 ปี
5. สามารถอุทิศตนและเสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม
6. ได้รับการเสนอชื่อและมีสมาชิกสมาคมฯ เชนรับรอง อย่างน้อย 10 คน โดยยินดีรับตำแหน่ง
7. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี