



ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ  
แบบแสดงความจำนงเป็นพยาบาลอาสาสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ-สกุล (ยศ/นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี สถานภาพสมรส  โสด  คู่  หย่า
2. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ..... วันที่หมดอายุ..... เลขที่สมาชิกสมาคมพยาบาลฯ.....
3. การศึกษา ปริญญาตรี (ระบุสาขา) ..... ปริญญาโท (ระบุสาขา).....  
ปริญญาเอก (ระบุสาขา)..... การศึกษาเพิ่มเติม (อื่นๆ) .....
4. ตำแหน่ง ..... หน่วยงาน ..... โรงพยาบาล.....  
เลขที่ ..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด ..... สังกัด .....
5. สถานที่ติดต่อได้ .....  
เบอร์โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... e-mail .....
- บุคคลใกล้ชิดที่ติดต่อได้ (กรณีฉุกเฉิน) ชื่อ..... โทรศัพท์.....
6. ทักษะการใช้ภาษา  ภาษาต่างประเทศ (ระบุ) ..... ระดับ  ดีมาก  ดี  พอใช้  
 ภาษาท้องถิ่น  เหนือ  อีสาน  ใต้  อื่นๆ ระบุ.....ระดับ  ดีมาก  ดี  พอใช้

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ และความต้องการการฝึกอบรมด้านการพยาบาลสาธารณสุข

1. ประสบการณ์ด้านการพยาบาลสาธารณสุข  ไม่มี  
 มี  เคยช่วยเหลือผู้ประสบภัยในสถานการณ์ภัยพิบัติ (ระบุ).....  
 เคยทำวิจัยด้านการพยาบาลสาธารณสุข (ระบุ).....  
 เคยเขียนบทความด้านการพยาบาลสาธารณสุข (ระบุ).....
2. ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านการพยาบาลสาธารณสุข  
 ไม่เคย  
 เคย  หลักสูตร .....ระยะเวลา.....วัน/เดือน เมื่อ.....
3. ความต้องการการฝึกอบรม  
 ไม่ต้องการ  
 ต้องการการฝึกอบรม ในเรื่อง .....
4. บุคคลหรือเครือข่ายการพยาบาลสาธารณสุขที่ท่านรู้จักหรือต้องการแนะนำ .....
5. การมีส่วนร่วมเป็นพยาบาลอาสาสาธารณสุข  
 สามารถเข้าร่วมได้ทุกเมื่อ เมื่อมีการรวมพล  
 สามารถเข้าร่วมได้ เมื่อผ่านการอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา  
 อื่นๆ .....

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ .....

วันที่ .....

\*\* การเป็นพยาบาลอาสาสาธารณสุข เป็นการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ผู้ปฏิบัติงานต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ไม่เป็นโรคประจำตัวที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และส่งผลกระทบต่อผู้ร่วมงานและผู้ประสบภัย \*\*