



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ โทร. 2316

ที่ อว 0605.11/ วันที่ เดือน พ.ศ.2569

เรื่อง ขออนุมัติเดินทางไปปฏิบัติการให้บริการทางการแพทย์พยาบาล (Faculty Practice)

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วยข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

กลุ่มวิชา.....คณะพยาบาลศาสตร์ ประสงค์ขออนุมัติเดินทางไปปฏิบัติการ
ให้บริการทางการแพทย์พยาบาล (Faculty Practice) ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.ถึง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.ณอำเภอ.....
จังหวัด.....ดังเอกสารแบบแจ้งความจำนงค์ และแผนการให้บริการ Faculty Practice ที่แนบมานี้
โดยไม่เบิกค่าใช้จ่าย

ในระหว่างไปราชการดังกล่าว ข้าพเจ้าขอมอบงานในหน้าที่ให้.....เป็นผู้
ปฏิบัติหน้าที่แทนข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะกลับมาปฏิบัติหน้าที่ราชการตามปกติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุมัติ
(.....)

ความเห็นของประธานกลุ่มวิชา/รองคณบดีฝ่ายวิจัยฯ/คณบดี

(1) ลงชื่อ.....ประธานกลุ่มวิชา (.....)/...../.....	(2) ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์อาภรณ์ คำก้อน) รองคณบดีฝ่ายวิจัย นวัตกรรม และบริการวิชาการ
(3) ลงชื่อ.....นางบุคคล (นางสาวภาสินี หาวิรส)	(4) ลงชื่อ.....หัวหน้าสำนักงานเลขานุการ (นายอุทัย หามนตรี)
(5) ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตาภา ผูกพันธ์) รองคณบดีฝ่ายบริหาร วางแผนและพัฒนาองค์กร	() อนุมัติ () อนุมัติ (6) ลงชื่อ..... รองศาสตราจารย์จรรุวรรณ ก้าวหน้าไกล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/...../.....



เริ่มใช้ มกราคม 2569 เป็นต้นไป

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
แบบแจ้งความจำนงค์ไปการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice)

ภาคการศึกษา ต้น/ปลาย/พิเศษ ปีการศึกษา.....

ตอนที่ 1 รายละเอียดการขอไปปฏิบัติราชการพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการของอาจารย์

1. ชื่อ – สกุล ตำแหน่งทางวิชาการ

สังกัดกลุ่มวิชา

2. บทบาทการพยาบาลที่ต้องการไปปฏิบัติการพยาบาล

- ☐ Clinical Nurse Specialist (ระบุรายละเอียด)
- ☐ Nurse Practitioner (ระบุรายละเอียด)
- ☐ Health Counselor (ระบุรายละเอียด)
- ☐ Health Educator (ระบุรายละเอียด)
- ☐ อื่น ๆ (ระบุรายละเอียด)

3. ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติการพยาบาล

- | | |
|---|--|
| ☐ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเฉียบพลัน/อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน | ☐ การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต |
| ☐ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง | ☐ การส่งเสริมสุขภาพบุคคล |
| ☐ การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป/ครอบครัว/ชุมชน | ☐ การพยาบาลผดุงครรภ์ขั้นสูง |
| ☐ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด | ☐ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช |
| ☐ การพยาบาลเพื่อควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล | ☐ การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก |
| ☐ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ/บำบัดพิเศษ | ☐ อื่น ๆ (ระบุ) |
| ☐ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกล | |
| ☐ การดำเนินโครงการร่วมกับสถานพยาบาลและชุมชนหรือร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลพัฒนาชุมชนหรือแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน หรืออื่น ๆ ที่จะนำไปสู่คุณภาพการพยาบาล | |
| ☐ โครงการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice: EBP) | |

4. กลุ่มประชากรเป้าหมาย

- | | |
|--|---|
| ☐ ทารกแรกเกิด | ☐ เด็กและวัยรุ่น |
| ☐ ผู้ใหญ่ | ☐ ผู้สูงอายุ |
| ☐ ผู้ป่วยจิตเวช | ☐ หญิงตั้งครรภ์ |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ) | |

5. สถานที่ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ชำนาญการ

ในโรงพยาบาล

- | | |
|---|---|
| ☐ หอผู้ป่วยโรคทั่วไป | ☐ หอผู้ป่วยภาวะวิกฤต |
| ☐ แผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน | ☐ คลินิกเฉพาะโรค |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ) | |

นอกโรงพยาบาล

- | | |
|---|--|
| ☐ ศูนย์บริการสาธารณสุข | ☐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |
| ☐ โรงเรียน | ☐ ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ) | |

6. หลักการและเหตุผลของโครงการ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. ระยะเวลาการดำเนินงาน

.....

.....

8. แผนและระยะเวลาการปฏิบัติงาน

.....

.....

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ
(.....)
วันที่

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นของประธานกลุ่มวิชา

.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
หัวหน้ากลุ่มวิชา.....
วันที่

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

.....
.....

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อาภรณ์ คำก้อน)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย นวัตกรรม และบริการวิชาการ
วันที่

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้บริหาร

.....
.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(รองศาสตราจารย์จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
วันที่