



แบบขอรับการแต่งตั้งพนักงานมหาวิทยาลัยประเภทสนับสนุน
ให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวพิบลึง ใจคอดี
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๘๗๙)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ
(ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๘๗๙)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



แบบหมายเลข ๑

แบบสรุปข้อมูลของผู้ขอรับการคัดเลือกเป็นผู้มีสิทธิขอรับการแต่งตั้งพนักงานมหาวิทยาลัย
ประเภทสนับสนุน ให้ดำรงตำแหน่งกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ ระดับชำนาญการพิเศษ

ผู้ขอรับการคัดเลือก นางสาวพันพริ้ง ใจคอดี ประเภท สนับสนุน
กลุ่ม วิชาชีพเฉพาะ ชื่อตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ระดับ ชำนาญการ สังกัดงาน -
หน่วยงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เพื่อขอรับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ระดับ ชำนาญการพิเศษ สังกัดงาน -
หน่วยงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

หลักเกณฑ์การคัดเลือก	ข้อมูล
๑. การพิจารณาคุณสมบัติของบุคคล ๑.๑ คุณวุฒิการศึกษา ๑.๒ ประวัติการทำงาน ๑.๓ มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง และการปฏิบัติงานตามกำหนดไว้ ในมาตรฐานประจำตำแหน่ง หรือได้รับยกเว้นจาก ก.บ.ค. แล้ว ๑.๔ มีระยะเวลาขั้นต่ำในการดำรงตำแหน่งหรือ เคยดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะคัดเลือก ๑.๕ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตรบัณฑิต - งานราชการ ๑๖ ปี ๒ เดือน (๒๓ ส.ค. ๒๕๔๒ ถึง ๑๑ พ.ย. ๒๕๕๘) - งานมหาวิทยาลัย ๗ ปี ๑๑ เดือน (๑๒ พ.ย. ๒๕๕๘ ถึง ๑๘ ต.ค. ๒๕๖๖) - เป็นเวลา ๑๒ ปี ๒ เดือน (๑๕ ส.ค. ๒๕๕๔ ถึง ๑๘ ต.ค. ๒๕๖๖) - เป็นเวลา ๒๔ ปี ๑ เดือน (๒๓ ส.ค. ๒๕๔๒ ถึงวันที่ ๑๘ ต.ค. ๒๕๖๖) - ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ใบอนุญาตที่ ๕๓๑๑๑๘๑๔๙๙
๒. การพิจารณาคุณสมบัติผู้ขอรับการคัดเลือก เป็นผู้มีสิทธิขอรับการแต่งตั้ง - ต้องได้คะแนนรวมที่ผู้บังคับบัญชาประเมิน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	- ได้คะแนนประเมิน ร้อยละ ๙๓.๕
๓. อื่น ๆ	-



แบบหมายเลข ๒

แบบแสดงผลงานที่จะส่งเพื่อขอรับการคัดเลือกเป็นผู้มีสิทธิขอรับการแต่งตั้งพนักงานมหาวิทยาลัย
ประเภทสนับสนุน ให้ดำรงตำแหน่ง กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ ระดับชำนาญการพิเศษ

ผู้ขอรับการคัดเลือก นางสาวพันพิณ ใจคอดี ประเภท สนับสนุน
กลุ่ม วิชาชีพเฉพาะ ชื่อตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
ระดับ ชำนาญการ สังกัดงาน -
หน่วยงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เพื่อขอรับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วิธี

(✓) โดยวิธีปกติ () โดยวิธีพิเศษ
ประเภทสนับสนุน กลุ่ม ระดับ
() กลุ่มทั่วไป () ระดับชำนาญงาน
() ระดับชำนาญงานพิเศษ
(✓) กลุ่มวิชาชีพเฉพาะ () ระดับชำนาญการ
(✓) ระดับชำนาญการพิเศษ
() ระดับเชี่ยวชาญ
() ระดับเชี่ยวชาญพิเศษ

หน่วยงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

๑. ผลงานที่เสนอเพื่อประกอบการพิจารณาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ

๑. คู่มือปฏิบัติงานหลัก

๑.๑ คู่มือปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมความปวดหลังผ่าตัด
โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมการไหลเวียนของยาด้วยตนเอง (Patient Control Analgesia: PCA)

๒. ผลงานเชิงวิเคราะห์

๒.๑ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป
ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองด้วยวิธีผ่าตัดเปิดทางช่องท้อง ในโรงพยาบาล
วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

(กรณีที่ เป็นผลงานร่วมกันของบุคคลหลายคน จะต้องระบุว่าผู้เสนอผลงานได้มีส่วนร่วมในการจัดทำ
หรือผลิตผลงานในส่วนใด หรือเป็นสัดส่วนเท่าใด และต้องมีคำรับรองจากผู้มีส่วนร่วมในผลงานนั้น
และจากผู้บังคับบัญชาด้วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  ผู้ขอคัดเลือก
(นางสาวพันพิณ ใจคอดี) เป็นผู้ที่มีสิทธิขอรับ
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ การแต่งตั้ง
(วันที่) ๑๖ ต.ค. ๒๕๖๖



แบบหมายเลข ๓

แบบแสดงหลักฐานการมีส่วนร่วมในผลงาน

- (✓) คู่มือปฏิบัติงานหลัก () ผลงานเชิงวิเคราะห์ () ผลงานเชิงสังเคราะห์
() ผลงานวิจัย () ผลงานในลักษณะอื่น

ชื่อเรื่อง คู่มือปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการควบคุมความปวดหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมการไหลเวียนของยาด้วยตัวเอง (Patient Control Analgesia: PCA).....

ผู้ร่วมงาน จำนวน๑..... คน แต่ละคนมีส่วนร่วมดังนี้

ชื่อผู้ร่วมงาน	ร้อยละของปริมาณงานมีส่วนร่วม	หน้าที่ความรับผิดชอบในผลงาน
๑. นางสาวพัชพลิง ใจคอดี	ร้อยละ ๑๐๐	จัดทำผลงานด้วยตนเองตลอดทั้งเล่ม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความการมีส่วนร่วมในผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อในแบบแสดงหลักฐานการมีส่วนร่วมในผลงานนี้

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับการประเมิน

(นางสาวพัชพลิง ใจคอดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ ต.ค. ๒๕๖๕

