ข้อมูลประกอบการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมวิสัญญีพยาบาล

ข้อมูล ณ วันที่ .....

ชื่อโรงพยาบาล .....**จังหวัด**.....

สถานะของรพ. ☐รพ.ศูนย์☐รพ.ทั่วไป☐รพ.ชุมชนจำนวน.....เตียง☐อื่นๆ (ระบุ) .....

จำนวนห้องผ่าตัดที่เปิดใช้ขณะนี้ ..... ห้อง

มีโครงการจะเปิดห้องผ่าตัด**เพิ่มอีก** ..... ห้องในปีพ.ศ.....

จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญีการผ่าตัดใหญ่..... ราย/ปี ผ่าตัดเล็ก.....ราย/ปี

จำนวนวิสัญญีแพทย์ที่ปฏิบัติงานขณะนี้ ..... คน(ขอรายชื่อที่มีอยู่ทั้งหมด)

จำนวนวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานขณะนี้ ..... คน (ขอรายชื่อที่มีอยู่ทั้งหมด)

ลำดับ	รายชื่อ	อายุ (ปี)	สถาบันที่จบ	พ.ศ.	งานอื่นที่ปฏิบัติ

หมายเหตุ ถ้ามีมากกว่านี้ให้เขียนเพิ่มเติมด้านหลัง

โรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าที่ใกล้ที่สุดได้แก่

โรงพยาบาล.....ระยะทางประมาณ.....กิโลเมตร

จำนวนแพทย์ที่ทำผ่าตัดในโรงพยาบาล ..... คน

ศัลยแพทย์	.....	***คน***	***จักษุแพทย์***	.....	***คน***
สูติแพทย์	.....	***คน***	***โสตศอนาสิก***	.....	***คน***
ศัลยกรรมกระดูก	.....	***คน***	***GP***	.....	***คน***

อื่นๆ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ผู้ให้ข้อมูล)