



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โทร.1661-4  
ที่ มค ๖๖5/ ๕๑๑ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2555  
เรื่อง ขั้นตอนการรับสมัครบุคคลภายนอกเข้าทำงานล่วงเวลา (OT)

เรียน ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าหน่วยงาน

ด้วยฝ่ายบริการพยาบาล ได้กำหนดขั้นตอนการรับสมัครบุคคลภายนอกเข้าทำงาน  
ล่วงเวลา (OT) ดังนี้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วย / หน่วยงาน บันทึกข้อความเสนอ
  - 1.1 เหตุผล / ความจำเป็น / ความต้องการ ขอรับบุคคลภายนอก แจ้งชื่อ - สกุล ตำแหน่ง  
เข้าทำงานล่วงเวลาในหอผู้ป่วย / หน่วยงาน
  - 1.2 ให้ความเห็นในความรู้ ความสามารถของบุคคลดังกล่าวที่หอผู้ป่วยยินดีรับเข้าทำงานล่วงเวลา  
บันทึกส่งตามลำดับขั้นเพื่อการพิจารณา
2. ให้บุคคลภายนอกที่มาสมัครทำงาน กรอกใบสมัครทำงานล่วงเวลา (OT) ตามแบบฟอร์มที่ฝ่ายบริการ  
พยาบาลกำหนด แนบมาพร้อมบันทึกข้อความจากหัวหน้าหอผู้ป่วย / หน่วยงาน
3. เมื่อผ่านการอนุมัติระดับฝ่ายบริการพยาบาลแล้ว เอกสารดังกล่าว เจ้าหน้าที่การเงินของฝ่ายบริการ  
พยาบาล (คุณสิริกานต์ อรัญตร) ทำเสนอขออนุมัติไปยังคณะแพทยฯ ต่อไป
4. เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะแพทยฯ คุณสิริกานต์ จะทำเรื่องไปยังงานการเจ้าหน้าที่คณะแพทยฯ เพื่อ  
ขอรหัสบุคลากร และ Pin number ให้
5. เมื่อได้รับรหัสบุคลากรแล้ว จะแจ้งหอผู้ป่วย / หน่วยงาน ทราบและแจ้งเจ้าตัวเขียนใบแจ้งการโอนเงิน  
ให้แจ้งเลขที่บัญชีเพื่อโอนเงินค่าตอบแทน โดยผ่านสำนักงานฝ่ายบริการพยาบาล เพื่อส่งงานคลังต่อไป.-

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและถือปฏิบัติ

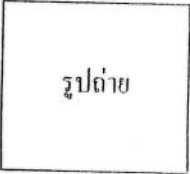
โกสุมภ์ หมู่จรรยาพร  
(นางโกสุมภ์ หมู่จรรยาพร)

รักษาการในตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล



### ใบสมัครทำงานล่วงเวลา (OT)

สำหรับบุคคลภายนอกที่มีประสบการณ์ทำงานในฝ่ายบริการพยาบาล  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



สมัครตำแหน่ง  พยาบาล  ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล  แม่บ้าน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน  -  -  -  -

ชื่อ - สกุล .....

วัน เดือน ปีเกิด ..... / ..... / ..... อายุ ..... ปี

ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม สัญชาติ  ไทย  อื่น ๆ ระบุ .....

สถานภาพ  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย  อื่น ๆ ระบุ .....

โรคประจำตัว ..... ตรวจรักษา ณ รพ./คลินิก .....

สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

ที่อยู่ปัจจุบัน (สามารถติดต่อได้สะดวก) .....

โทรศัพท์มือถือ ..... โทรศัพท์ (บ้าน) .....

E-mail Address (ถ้ามี) .....

บุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวก ชื่อ - สกุล .....

หน่วยงาน ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... โทรศัพท์ .....

บุคคลที่รู้จัก / สนิทในคณะแพทยศาสตร์ ชื่อ - สกุล .....

หน่วยงาน ..... โทรศัพท์ภายใน .....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่ ..... วันที่ได้รับอนุมัติ ..... วันหมดอายุ .....

วุฒิการศึกษาสูงสุด

| วุฒิที่จบ (ตัวย่อ) | จากสถาบัน (ชื่อ/สถานที่ตั้งสถาบัน) | สาขา | สำเร็จปี พ.ศ. |
|--------------------|------------------------------------|------|---------------|
|                    |                                    |      |               |
|                    |                                    |      |               |

ประสบการณ์การทำงาน (สถานที่ / ตำแหน่ง / ระยะเวลาทำงาน)  
.....  
.....  
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าได้ระบุไว้ในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้สมัคร

(.....)

วัน เดือน ปี ที่สมัคร ..... / ..... / .....