



ที่ สข ๐๐๓๓.๑๐๑.๒/๑๕๕๗๖

มหาวิทยาลัยทักษิณ  
รับ..... 4326 .....วันที่ 15 ก.ย. 2565  
เวลา..... 15:21 น.....

โรงพยาบาลหาดใหญ่  
๑๘๒ ถนนรณรงค์การ อำเภอหาดใหญ่  
จังหวัดสงขลา ๙๐๑๑๐

๑๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ส่งแบบตอบรับนิสิตเข้าปฏิบัติสหกิจศึกษา

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณ

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยทักษิณ ที่ อว ๘๒๐๐/ว ๓๕๖๐ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับนิสิตเข้าปฏิบัติสหกิจศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง มหาวิทยาลัยทักษิณ ได้ขอความอนุเคราะห์จาก โรงพยาบาลหาดใหญ่ พิจารณารับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ ๔ หลักสูตรสาขาวิชาการจัดการทรัพยากรมนุษย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน ๒ ราย เข้ารับการปฏิบัติสหกิจศึกษา ระหว่างวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖ นั้น

โรงพยาบาลหาดใหญ่ พิจารณาแล้วยินดีรับนักศึกษา ชั้นปีที่ ๔ หลักสูตรสาขาวิชาการจัดการทรัพยากรมนุษย์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน ๒ ราย เข้ารับการปฏิบัติสหกิจศึกษา ณ กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล ตามรายชื่อดังนี้

- |                    |          |              |           |
|--------------------|----------|--------------|-----------|
| ๑. นางสาวปทุมพร    | จินาอุ   | รหัสนักศึกษา | ๖๒๑๐๑๑๑๕๓ |
| ๒. นางสาวผกาพันธุ์ | ชูพันธุ์ | รหัสนักศึกษา | ๖๒๑๐๑๑๑๖๑ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และก่อนที่จะเริ่มปฏิบัติงานขอให้ประสานงานเพื่อตรวจคัดกรอง ป้องกันโรคตามสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-๑๙ ที่หมายเลข ๐๗๔-๒๗๓๑๐๐ ต่อ ๒๒๓๓ ต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางวิชชุดา ดอนสกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขากุมารเวชกรรม)  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๗๔๒๗ ๓๒๑๙

โทรสาร ๐ ๗๔๒๔ ๖๖๐๐



Coop 02

## โครงการสหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ

Thaksin University Cooperative Education Project

### แบบตอบรับนิสิตเข้าปฏิบัติสหกิจศึกษา

ชื่อสถานประกอบการ.....โรงพยาบาลหาดใหญ่.....  
ที่อยู่เลขที่.....182.....หมู่ที่.....ถนน รัชการ.....ซอย.....ตำบล/แขวง.....หาดใหญ่.....  
อำเภอ/เขต.....หาดใหญ่.....จังหวัด.....สงขลา.....รหัสไปรษณีย์.....90110.....  
โทรศัพท์.....074-273100 ต่อ 2200 โทรสาร.....E-mail: personal.hdy@gmail.com

### เรียน หัวหน้าโครงการสหกิจศึกษา

ตามที่สำนักงานสหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ ได้ขอความอนุเคราะห์รับนิสิตเข้าปฏิบัติสหกิจศึกษา  
สถานประกอบการได้พิจารณาแล้ว

☒ ยินดีรับนิสิตดังรายชื่อต่อไปนี้เข้าปฏิบัติสหกิจศึกษา

1. ....นางสาวปทุมพร.....จินวณ.....แผนก/หน้าที่.....กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล.....
2. ....นางสาวณภัทรา.....ชูพันธุ์.....แผนก/หน้าที่.....กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล.....
3. .........แผนก/หน้าที่.....
4. .........แผนก/หน้าที่.....
5. .........แผนก/หน้าที่.....
6. .........แผนก/หน้าที่.....

ตั้งแต่วันที่ ...28. พฤศจิกายน. 2565..... ถึงวันที่ ...17. มีนาคม. 2566.....

☐ ไม่สามารถรับนิสิตเข้าปฏิบัติสหกิจศึกษาได้

เนื่องจาก .....

ลงชื่อ..... (ฝ่ายบุคคล)

(นางสาวพิชญา แป้นทอง.....)

ตำแหน่ง.....นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

วันที่..... 9 มี.ค. 65.....

**หมายเหตุ** ขอความกรุณาระบุรายละเอียดงานเพื่อมหาวิทยาลัยจะได้เตรียมความพร้อมนิสิตให้ตรงกับความ  
ต้องการของหน่วยงาน

โครงการสหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ 140 หมู่ที่ 4 ตำบลเขารูปช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทรศัพท์ 0-7431-7600 ต่อ 7104 E-mail : jirattakan1@hotmail.com



## โครงการสหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ

Thaksin University Cooperative Education Project

### รายละเอียดงานสหกิจศึกษา

เรียน หัวหน้าโครงการสหกิจศึกษา

สถานประกอบการ / หน่วยงาน ขอเสนอรายละเอียดงานดังต่อไปนี้

#### 1. รายละเอียดเกี่ยวกับสถานประกอบการ / หน่วยงาน

ชื่อสถานประกอบการ / หน่วยงาน

(ภาษาไทย) โรงพยาบาลหาดใหญ่

(ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่เลขที่ 182 หมู่ที่ - ถนน รัชการ ชอย ตำบล หาดใหญ่

อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัด สงขลา รหัสไปรษณีย์ 90110

โทรศัพท์ 074-273100 ต่อ 2200 โทรสาร

Website <http://www.hatyaihospital.go.th/>

ลักษณะการดำเนินงาน

ชื่อผู้จัดการสถานประกอบการ/หัวหน้าหน่วยงาน

ชื่อ-สกุล นางสาวพิชญา แป้นทอง

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ 074-273100 ต่อ 2200 โทรสาร

หากมหาวิทยาลัยทักษิณประสงค์จะติดต่อประสานงาน (การนิเทศงานนิสิตและประสานงานอื่นๆ) ขอให้

( / ) ติดต่อกับผู้จัดการโดยตรง

( ) มอบหมายให้บุคคลต่อไปนี้ประสานงานแทน

ชื่อ - นามสกุล

ตำแหน่ง

แผนก

โทรศัพท์

โทรสาร

E-mail



## 2. คุณสมบัติของนิสิตที่ต้องการ (เพิ่มเติม) รายละเอียดเกี่ยวกับงาน และสวัสดิการที่เสนอให้นิสิต

ความสามารถทางวิชาการหรือทักษะที่นิสิตควรมี \_\_\_\_\_

- ทักษะการประสานงาน สื่อสาร

- ความรู้ ความสามารถด้านคอมพิวเตอร์ โปรแกรมเวิร์ด เอกเซล โปรแกรมสำเร็จรูป

- การจัดทำหนังสือและการจัดประชุม รวมทั้งสรุปรายงานต่าง ๆ

ข้อกำหนดอื่นๆ (เช่น อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ต้องนำติดตัวไประหว่างปฏิบัติงาน หรืออื่นๆ โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

- คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (ถ้ามี)

### สวัสดิการที่ขอเสนอให้นิสิตในระหว่างปฏิบัติงาน

ที่พัก ( / ) ไม่มี ( ) มี ( ) ไม่เสียค่าใช้จ่าย

( ) นิสิตรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง \_\_\_\_\_ บาท/เดือน/วัน

รถรับส่งไป-กลับระหว่างสถานประกอบการ ที่พักและชุมชนใกล้เคียง

( / ) ไม่มี ( ) มี ( ) ไม่เสียค่าใช้จ่าย

( ) นิสิตรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง \_\_\_\_\_ บาท/เดือน/วัน

อาหาร ( / ) ไม่มี ( ) มี \_\_\_\_\_ มื้อ/วัน

ค่าตอบแทน ( / ) ไม่มี ( ) มี \_\_\_\_\_ บาท/วัน หรือ บาท/เดือน

สวัสดิการอื่นๆ ถ้ามี โปรดระบุ \_\_\_\_\_

### การแต่งกายในระหว่างปฏิบัติงาน

( / ) ชุดนิสิต ( ) แบบฟอร์มตามที่หน่วยงานกำหนด ( ) อื่น ๆ \_\_\_\_\_

### การไปรายงานตัว

( ) ก่อนการฝึกงาน ในวันที่ \_\_\_\_\_ ( / ) วันแรกของการปฏิบัติงาน

### 3. รายละเอียดเพิ่มเติม

(โปรดระบุนมาตรการและแนวทางในการดูแลนิสิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19))

1. นักศึกษาต้องนำหลักฐานใบรับรองแพทย์แสดงผลการตรวจที่ยืนยันว่าไม่มีเชื้อโรคโควิด 19 ในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนเข้ามาสถานประกอบการ
2. นักศึกษาตรวจเช็คประวัติ ภูมิคุ้มกันโรคของตนเอง พร้อมหลักฐานการได้รับวัคซีน กรณีที่ไม่ทราบว่าภูมิคุ้มกันโรคและยังไม่ได้รับวัคซีน สามารถตรวจได้ที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน และแนบผลการตรวจมาด้วยก่อนวันเข้ามาปฏิบัติงาน (ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้)

(ลงชื่อ) นางสาวทิพย์วิมล จินดารักษ์ (ผู้ให้ข้อมูล)

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล

วันที่ ๑ ธ.ค. ๖๕





# แบบฟอร์ม HR.08

สำหรับนักเรียน นักศึกษา Intern แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน ผู้ขอ Elective ผู้ฝึกงานเฉพาะทางทุกสาขา  
ที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากกว่า 2 สัปดาห์

ชื่อ-สกุล.....โทรศัพท์ติดต่อ.....E-mail.....

ประเภท ☐นักเรียน ☒นักศึกษา ☐Intern ☐พชท. ☐พจบ. ☐อื่นๆ ระบุ.....

ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... สถาบัน.....

จะเข้าปฏิบัติงานที่ (ชื่อหน่วยงาน)..... เป็นเวลา..... (วันที่-วันที่ .....

ข้าพเจ้ามี ภูมิคุ้มกันโรคและเอ็กซเรย์ทรวงอก ตามข้อกำหนดข้างล่าง และได้แนบหลักฐานมา ดังนี้

| ภูมิคุ้มกันโรค                      | ข้อกำหนด                                                                                                                                                                                                           | ระบุหลักฐานที่แนบ                                                                    |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. คอตีบ-บาดทะยัก                   | ฉีดวัคซีน dT หรือ Tdap กระตุ้น 1 เข็มภายใน 10 ปี                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน                                            |
| 2. หัด-คางทูม-<br>หัดเยอรมัน        | ก. ตรวจพบว่า มีภูมิคุ้มกันโรคหัด-หัดเยอรมัน <u>หรือ</u><br>ข. ฉีดวัคซีน MMR (ในวัยผู้ใหญ่) ครบ 2 เข็ม <u>หรือ</u><br>ค. ฉีดวัคซีน MMR (ในวัยผู้ใหญ่) 1 เข็ม และอยู่ในช่วงรอกระตุ้นเข็มต่อไปตาม<br>กำหนด            | <input type="checkbox"/> ผลตรวจภูมิ<br><input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน     |
| 3. ไวรัสตับอักเสบบี                 | ก. ตรวจพบว่า มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี <u>หรือ</u><br>ข. ตรวจ <u>ไม่พบ</u> ภูมิคุ้มกันโรคและไม่ได้เป็นพาหะ จึงได้ฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี<br>แล้วอย่างน้อย 1 เข็ม และอยู่ในช่วงรอกระตุ้นเข็มต่อไป ตามกำหนด | <input type="checkbox"/> ผลตรวจภูมิ<br><input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน     |
| 4. สุกใส                            | ก. ตรวจพบว่า มีภูมิคุ้มกันโรคสุกใส <u>หรือ</u><br>ข. ฉีดวัคซีนสุกใส (ในวัยผู้ใหญ่) ครบ 2 เข็ม <u>หรือ</u><br>ค. ฉีดวัคซีนสุกใส (ในวัยผู้ใหญ่) 1 เข็ม และอยู่ในช่วงรอกระตุ้นเข็มต่อไปตาม<br>กำหนด                   | <input type="checkbox"/> ผลตรวจภูมิ<br><input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน     |
| 5. ไข้หวัดใหญ่                      | ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ภายใน 1 ปี                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน                                            |
| 6. โควิด-19                         | ฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามมาตรฐาน และเข็มกระตุ้น                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน                                            |
| 7. เอ็กซเรย์ทรวงอก<br>ภายใน 6 เดือน | ก. มีใบรับรองแพทย์/ใบอ่านผลเอ็กซเรย์ ว่าไม่พบลักษณะวัณโรคปอด <u>หรือ</u><br>ข. เอ็กซเรย์ผิดปกติ แต่มีใบรับรองแพทย์ว่าได้รับการรักษาแล้ว                                                                            | <input type="checkbox"/> ใบอ่านผลเอ็กซเรย์<br><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ |

ลงชื่อ.....ผู้ขอเข้าปฏิบัติงาน

(.....)

วันที่.....

จากกลุ่มงาน.....

ส่ง กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ  
(เฉพาะบุคลากรประเภทที่กำหนดในตารางที่ 1 ของระเบียบ)

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ  
บันทึกประวัติภูมิคุ้มกันแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....



# แบบฟอร์ม HR.08

สำหรับนักเรียน นักศึกษา Intern แพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน ผู้ขอ Elective ผู้ฝึกงานเฉพาะทางทุกสาขา  
ที่จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มากกว่า 2 สัปดาห์

ชื่อ-สกุล.....โทรศัพท์ติดต่อ.....E-mail.....

ประเภท ☐นักเรียน ☒นักศึกษา ☐Intern ☐พชท. ☐พจบ. ☐อื่นๆ ระบุ.....

ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... สถาบัน.....

จะเข้าปฏิบัติงานที่ (ชื่อหน่วยงาน)..... เป็นเวลา..... (วันที่-วันที่ .....

ข้าพเจ้ามี ภูมิคุ้มกันโรคและเอ็กซเรย์ทรวงอก ตามข้อกำหนดข้างล่าง และได้แนบหลักฐานมา ดังนี้

| ภูมิคุ้มกันโรค                      | ข้อกำหนด                                                                                                                                                                                                           | ระบุหลักฐานที่แนบ                                                                    |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. คอตีบ-บาดทะยัก                   | ฉีดวัคซีน dT หรือ Tdap กระตุ้น 1 เข็มภายใน 10 ปี                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน                                            |
| 2. หัด-คางทูม-<br>หัดเยอรมัน        | ก. ตรวจพบว่า มีภูมิคุ้มกันโรคหัด-หัดเยอรมัน <u>หรือ</u><br>ข. ฉีดวัคซีน MMR (ในวัยผู้ใหญ่) ครบ 2 เข็ม <u>หรือ</u><br>ค. ฉีดวัคซีน MMR (ในวัยผู้ใหญ่) 1 เข็ม และอยู่ในช่วงรอกระตุ้นเข็มต่อไปตาม<br>กำหนด            | <input type="checkbox"/> ผลตรวจภูมิ<br><input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน     |
| 3. ไวรัสตับอักเสบบี                 | ก. ตรวจพบว่า มีภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี <u>หรือ</u><br>ข. ตรวจ <u>ไม่พบ</u> ภูมิคุ้มกันโรคและไม่ได้เป็นพาหะ จึงได้ฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี<br>แล้วอย่างน้อย 1 เข็ม และอยู่ในช่วงรอกระตุ้นเข็มต่อไป ตามกำหนด | <input type="checkbox"/> ผลตรวจภูมิ<br><input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน     |
| 4. สุกใส                            | ก. ตรวจพบว่า มีภูมิคุ้มกันโรคสุกใส <u>หรือ</u><br>ข. ฉีดวัคซีนสุกใส (ในวัยผู้ใหญ่) ครบ 2 เข็ม <u>หรือ</u><br>ค. ฉีดวัคซีนสุกใส (ในวัยผู้ใหญ่) 1 เข็ม และอยู่ในช่วงรอกระตุ้นเข็มต่อไปตาม<br>กำหนด                   | <input type="checkbox"/> ผลตรวจภูมิ<br><input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน     |
| 5. ไข้หวัดใหญ่                      | ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ภายใน 1 ปี                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน                                            |
| 6. โควิด-19                         | ฉีดวัคซีนโควิด-19 ตามมาตรฐาน และเข็มกระตุ้น                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ประวัติรับวัคซีน                                            |
| 7. เอ็กซเรย์ทรวงอก<br>ภายใน 6 เดือน | ก. มีใบรับรองแพทย์/ใบอ่านผลเอ็กซเรย์ ว่าไม่พบลักษณะวัณโรคปอด <u>หรือ</u><br>ข. เอ็กซเรย์ผิดปกติ แต่มีใบรับรองแพทย์ว่าได้รับการรักษาแล้ว                                                                            | <input type="checkbox"/> ใบอ่านผลเอ็กซเรย์<br><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ |

ลงชื่อ.....ผู้ขอเข้าปฏิบัติงาน

(.....)

วันที่.....

จากกลุ่มงาน.....กศน.เขต ๑๓.....

ส่ง กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ  
(เฉพาะบุคลากรประเภทที่กำหนดในตารางที่ 1 ของระเบียบ)

ลงชื่อ.....กศน.เขต ๑๓.....

(.....กศน.เขต ๑๓.....)

วันที่.....

กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ  
บันทึกประวัติภูมิคุ้มกันแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....