



ใบสมัครขอรับการตรวจประเมิน
ระดับคุณภาพการพยาบาล
โดย สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
 ประจำปี 25.....

ชื่อสถานบริการสาธารณสุข
จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่

ระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ

ขนาด เตียง

ชื่อ-สกุลประธานเครือข่ายพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร

ชื่อ-สกุลผู้บริหารสูงสุด (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
ตำแหน่ง

ชื่อ-สกุลหัวหน้าพยาบาล/หัวหน้าสถานบริการสุขภาพ
ตำแหน่ง
โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร

ชื่อ-สกุลผู้ประสานงานของโรงพยาบาลที่ขอรับการประเมิน
ตำแหน่ง
โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร
E-Mail

ลายมือชื่อ (ประธานเครือข่าย) ลายมือชื่อ (หัวหน้าพยาบาล)
(.....) (.....)
ตำแหน่ง ตำแหน่ง
..... / /

ลายมือชื่อ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
(.....)
ตำแหน่ง
..... / /