**ใบบันทึกการขึ้นฝึกปฏิบัติความเชี่ยวชาญด้านการบริการพยาบาล (Faculty Practice)**

ชื่อ/สกุล…………………………………………………………………ตำแหน่ง………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ว.ด.ป | เวลาปฏิบัติงาน | ลงชื่อ | ลงนามผู้รับรอง |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ใบสรุปผลการปฏิบัติงาน**

ชื่อ……………………………………………………………………….ตำแหน่ง………………………………………………………………….

วันที่……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

หน่วยงาน……………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| กิจกรรมการปฏิบัติ | ผลการปฏิบัติ | สิ่งที่ได้เรียนรู้/ผลงาน |
|  |  |  |