**โครงการรางวัลพยาบาลดีเด่นด้านการควบคุมยาสูบ   
ประจำปี 2566**

รูปถ่าย 2 นิ้ว หรือแนบไฟล์ภาพถ่ายขนาดไม่น้อยกว่า 1 MB

**……………………………**

**เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย   
ขอเชิญชวนเสนอชื่อผู้บริหารพยาบาล อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ**

**ก.ข้อมูลส่วนตัว**

**ประเภทที่ขอรับการพิจารณารางวัล**

**🗌 ผู้บริหารองค์กรดีเด่น (พยาบาล) 🗌พยาบาลดีเด่น**

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).......................................................ชื่อสกุล ..............................................  
ชื่อสกุลเดิม (ถ้ามี) .............................................เชื้อชาติ................................สัญชาติ.........................

2. วันเดือนปีเกิด................................................................................................อายุ................ ปี

3. สมาชิกสมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทยเลขที่.............................................................................

4. บัตรสมาชิกสภาพยาบาลเลขที่................... วันที่ออกบัตร .................วันที่หมดอายุ......................

5. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เลขที่.................................................... วันที่ออกใบอนุญาต............................................วันที่ใบอนุญาตหมดอายุ............................................

6. ตำแหน่ง ..........................................................................................................................................

7. ชื่อหน่วยงาน/ที่อยู่............................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

โทรศัพท์ที่ทำงาน............................................. เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว .............................................. Email…………………………………………… Fax ……………………………………………

8. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่.........................ถนน.................................ตำบล /แขวง............................. อำเภอ /เขตจังหวัด...................................รหัสไปรษณีย์.........................

โทรศัพท์ .............................. โทรศัพท์มือถือ.......................................................................Email:...........................................................................................................................................

9. วุฒิการศึกษาและสถาบันที่สำเร็จ

9.1 ระดับปริญญาตรี........................................................................................   
จาก............................................................................................ เมื่อ พ.ศ..............................

9.2 ระดับปริญญาโท.......................................................................................   
จาก............................................................................................ เมื่อ พ.ศ..............................

9.3 ระดับปริญญาเอก.......................................................................................   
จาก.......................................................................................... เมื่อ พ.ศ................................

10. เกียรติประวัติที่ได้รับ (เช่น รางวัลต่างๆ ) .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

11. ประวัติการปฏิบัติงาน (ภายใน 3 ปี)

11.1 ตำแหน่ง.........................สถานที่......................................พ.ศ...............ถึงพ.ศ..............

11.2 ตำแหน่ง.........................สถานที่......................................พ.ศ...............ถึง พ.ศ.............

12. มีหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยย่อดังนี้ ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**ข. ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผลงาน**

1. ชื่อผลงาน......................................................................................................... .........................................
2. ได้รับทุนสนับสนุนจาก .........................................................จำนวน....................................บาท (ถ้ามี)
3. งานควบคุมยาสูบเป็นงานประจำของหน่วยงาน……………………………….............…………………
4. คณะทำงานประกอบด้วย

1…………………………………………………………………………………………….

2…………………………………………………………………………………………….

3…………………………………………………………………………………………….

4…………………………………………………………………………………………….

5.ชื่อผู้ส่งผลงาน.........................................นามสกุล.............................................................

เกี่ยวข้องกับผลงาน ○ หัวหน้าโครงการ ○ ผู้ร่วมโครงการ ○ อื่นๆ (ระบุ).........................  
6. ผลงานได้รับรางวัล ○ ไม่เคยได้รับ

○ เคยได้รับ ชื่อรางวัล………………………….……………..

**หมายเหตุ** กรุณาลงรายละเอียดผลงานตามแบบฟอร์มเสนอผลงานดีเด่นด้านการควบคุมยาสูบ

**ระยะเวลาดำเนินงาน**

* **ปิดรับผลงาน 15 กุมภาพันธ์ 2566 (วันที่ระบุบนพัสดุไปรษณีย์)**
* **คณะกรรมการพิจารณาผลงาน และเดินทางไปเยี่ยมชมผลงานที่ผ่านเกณฑ์   
  ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม – 15 เมษายน 2566**
* **ประกาศผลวันที่ 30 เมษายน 2566**

**การส่งเอกสาร**

1. ส่งเอกสารตัวจริง พร้อม CD ไฟล์ word document.doc หรือ .docx (ถ้าส่งไฟล์ PDF จะขอให้ส่งมาใหม่)
2. คลิปเล่าเรื่องแสดงให้กรรมการเห็นการปฏิบัติงาน
3. แนบสำเนาบัตรสมาชิกสมาคมพยาบาลฯ และสมาชิกสภาการพยาบาลฯ

4. ส่งเอกสารทั้งหมดที่   
  
ผู้ประสานงาน นางสาวรุจิราภรณ์ มหานิล โทรศัพท์ 061-993-5552

เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

21/12 สมาคมพยาบาลฯ ถนนรางน้ำ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี   
กรุงเทพมหานคร 10400

(โครงการพยาบาลดีเด่น พ.ศ.2566)

E-mail : tobaccofree@thainurse.org   
หรือ rujira7987@hotmail.com

**สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ได้ที่ website: https://www.thainurse.org/**

**แบบเสนอผลงาน 🗌 ผู้บริหารองค์กรดีเด่น (พยาบาล) ด้านการควบคุมยาสูบ  
🗌 พยาบาลดีเด่นด้านการควบคุมยาสูบ**

**(ชื่อผลงาน)** ........................................................................................................

**(ชื่อเจ้าของผลงาน)** ............................................................

**(ชื่อตำแหน่ง)** ....................................................................

**(ชื่อหน่วยงาน)** .................................................................

**ขอส่งผลงานเข้ารับการคัดเลือกผู้บริหารองค์กร(พยาบาล)/พยาบาลดีเด่น**

**ด้านการควบคุมยาสูบ**

**รายละเอียดการส่งผลงาน**

**ประเภทผู้เข้าประกวด 🗌 ผู้บริหารองค์กรดีเด่น(พยาบาล) 🗌 พยาบาลดีเด่น**

1. ชื่อผลงาน………………………………………………………………………………..…………
   1. วัตถุประสงค์................................................................................................................................
   2. ตัวชี้วัด..... ...................................................................................................................................
2. ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโครงการ/การวิจยั/ลักษณะงาน /หรือผลงานนวตกรรม .............................................................................................................................................................
3. กิจกรรมการดำเนินงานระยะเริ่มต้น มีวิธีการอย่างไร………………………………………………..
4. กิจกรรมการขยายเครือข่ายความร่วมมือภายในหน่วยงาน...............................................................
5. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือภายนอกหน่วยงาน…………………………………………..……
6. การดำเนินงานมีทั้งหมดกี่โครงการแต่ละโครงการสานต่องานอย่างไรเพื่อความต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน....................................................................................................
7. ผลการดำเนินงานจากผลงานนี้

.............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

1. การขยายผลการดำเนินงาน.................................................................................................................
2. ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ……………………………………………….……………………….
3. ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ปัญหา ……………………………………………………………
4. บทเรียนที่ได้รับจากการทำงานครั้งนี้ ………………………………………………………………..
5. ความภาคภูมิใจ .................................................................................................................................
6. ประวัติผลการดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ อื่นๆ ที่ผ่านมา (ถ้ามี)

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

14. บทบาทหน้าที่ของผู้บริหาร (กรณี ส่งเสนอชื่อผู้บริหารองค์กร(พยาบาล) )

14.1 กำหนดนโยบายให้องค์กร / ชุมชน ปลอดบุหรี่ อย่างไร .....................................................

14.2 เป็นผู้บริหารในสายงานตรง / ผู้นำในชุมชน อย่างไร...........................................................

14.3 มีบทบาทสนับสนุน ผลักดัน อำนวยการ ให้เกิดการดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบองค์กร / ชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสองปี ตั้งแต่ .................................................

14.4 สนับสนุนจัดหาทรัพยากรในการดำเนินการ/ ทำโครงการ / กิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างไร .....................................................

14.5 มีความเสียสละเพื่อส่วนรวม อย่างไร .....................................................

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..................................................

(...............................................)

ผู้เสนอผลงาน

............/.................../...............

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..............................................

(.............................................)

ตำแหน่ง.......................................... (ผู้บังคับบัญชา)