**การแบ่งหน่วยงาน และหน่วยงานย่อยภายในคณะแพทยศาสตร์**

**โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปัจจุบัน**

**การแบ่งหน่วยงาน และหน่วยงานย่อยภายในคณะแพทยศาสตร์**

**โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปัจจุบัน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงาน** | **ภารกิจ/หน้าที่ของหน่วยงาน** | **จำนวนบุคลากร (คน)** | **เอกสารหลักฐานที่ประกาศจัดตั้ง\*** |
| **1. โรงพยาบาลศรีนครินทร์** |  |  | ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ / ) เรื่อง......................................  หมายเหตุ พร้อมแนบประกาศจัดตั้งหน่วยงาน \*\* |

แบ่งหน่วยงานย่อย ดังนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงาน** | **ภารกิจ/หน้าที่ของหน่วยงาน** | **จำนวนบุคลากร (คน)** | **หมายเหตุ** |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |
| 1. **งาน** |  |  |  |

**การแบ่งหน่วยงาน และหน่วยงานย่อยภายในคณะแพทยศาสตร์**

**โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปรับโครงสร้างใหม่**

**โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปรับโครงสร้างใหม่**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงาน** | **ภารกิจ/หน้าที่ของหน่วยงาน** | **จำนวนบุคลากร (คน)** | **เอกสารหลักฐานที่ประกาศจัดตั้ง\*** |
| **1.** **โรงพยาบาลศรีนครินทร์** |  |  | ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับที่ / ) เรื่อง..................................  หมายเหตุ พร้อมแนบประกาศจัดตั้งหน่วยงาน \*\*  \*\* ส่วนนี้ไม่ต้องกรอก รอประกาศจากมหาวิทยาลัย \*\* |

**แบ่งหน่วยงานย่อย ดังนี้**

**1.1 ฝ่ายการแพทย์**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงานย่อย** | **ภาระงานที่ปฏิบัติ** | **จำนวนบุคลากร (คน)** | **หมายเหตุ** |
| **1. แพทย์สาย ข ทุกสาขาวิชา** |  |  |  |
| **2. งานทันตกรรม** |  |  |  |

**ประเภทตำแหน่งงานในแต่ละหน่วยงาน**

| **หน่วยงานย่อย** | **ประเภทผู้ปฏิบัติงาน** | | | | **รวม** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้าราชการ** | **พนักงานมหาวิทยาลัย** | **ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย** | **อื่นๆ...(ระบุ)** |
| **1. แพทย์สาย ข ทุกสาขาวิชา** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **2. งานทันตกรรม** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |

**1.2 ฝ่ายเภสัชกรรม**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงานย่อย** | **ภาระงานที่ปฏิบัติ** | **จำนวนบุคลากร (คน)** | **หมายเหตุ** |
| **1. งานบริการจ่ายยา** |  |  |  |
| **2. งานบริหารคลังเวชภัณฑ์** |  |  |  |
| **3. งานสารสนเทศทางยา** |  |  |  |
| **4. งานผลิตยา** |  |  |  |

**ประเภทตำแหน่งงานในแต่ละหน่วยงาน**

| **หน่วยงานย่อย** | **ประเภทผู้ปฏิบัติงาน** | | | | **รวม** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้าราชการ** | **พนักงานมหาวิทยาลัย** | **ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย** | **อื่นๆ...(ระบุ)** |
| **1. งานบริการจ่ายยา**  **หน่วยจ่ายยาผู้ป่วย อาคาร กจ.** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยจ่ายยาผู้ป่วย อาคาร สว.** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยจ่ายยาผู้ป่วย อาคาร กว.** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยบริบาลเภสัชกรรม** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **2. งานบริหารคลังเวชภัณฑ์**  **หน่วยจัดซื้อ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยคลังยากลางอาคาร กจ.** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยคลังยาอาคาร กัลยาฯ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยเบิกจ่ายค่ายา** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยจัดการฐานข้อมูลยาและตรวจสอบคุณภาพยา** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **3. งานสารสนเทศทางยา**  **หน่วยจัดการความรู้ทางยา** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยติดตามและประเมินการใช้ยา** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **4. งานผลิตยา**  **หน่วยผลิตยาทั่วไป** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผลิตยาปราศจากเชื้อ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผลิตยาเฉพาะราย** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |

**1.3. ฝ่ายสนับสนุนและบริการทางการแพทย์**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงานย่อย** | **ภาระงานที่ปฏิบัติ** | **จำนวนบุคลากร (คน)** | **หมายเหตุ** |
| **1. งานจ่ายกลาง** |  |  |  |
| **2. งานเวชระเบียนและสถิติ** |  |  |  |
| **3. งานโภชนาการ** |  |  |  |
| **4. งานเวชกรรมสังคม** |  |  |  |
| **5. งานสังคมสงเคราะห์** |  |  |  |
| **6. งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชันสูตร** |  |  |  |
| **7. งานเลขานุการ รพ.** |  |  |  |
| **8. งานประกันสุขภาพ** |  |  |  |
| **9. งานเงินรายได้** |  |  |  |
| **10. งานพัฒนาคุณภาพรพ.และบริหารความเสี่ยงรพ.** |  |  |  |
| **11. งานแม่บ้านและ Logistic** |  |  |  |
| **12. งานเวชภัณฑ์การแพทย์** |  |  |  |

**ประเภทตำแหน่งงานในแต่ละหน่วยงาน**

| **หน่วยงานย่อย** | **ประเภทผู้ปฏิบัติงาน** | | | | **รวม** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้าราชการ** | **พนักงานมหาวิทยาลัย** | **ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย** | **อื่นๆ...(ระบุ)** |
| **1. งานจ่ายกลาง**  **หน่วยเวชภัณฑ์ปลอดเชื้อ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยเตรียมและบรรจุ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **2. งานเวชระเบียนและสถิติ**  **หน่วยเวชระเบียน** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยเวชสถิติ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **3. งานโภชนาการ**  **หน่วยผลิตและโภชนบริการ** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยโภชนบำบัดและโภชนศึกษา** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยธุรการ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **4. งานเวชกรรมสังคม**  **หน่วยสร้างเสริมสุขภาพ** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยระบาดวิทยาโรคติดต่อ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยสุขศึกษา** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **5. งานสังคมสงเคราะห์**  **หน่วยสังคมสงเคราะห์ผู้ป่วยนอก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยสังคมสงเคราะห์ผู้ป่วยใน** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **6. งานห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์ชันสูตร**  **หน่วยธุรการงานห้องปฏิบัติการ** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยภูมิคุ้มกันวิทยาและเคมีคลินิก** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยจุลทรรศน์วินิจฉัย** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยจุลชีววิทยาคลินิก** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยชีวโมเลกุลวินิจฉัย** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยบริหารสิ่งส่งตรวจ** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยเจาะเลือดและเก็บสิ่งส่งตรวจ** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวินิจฉัยทารกในครรภ์** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **7. งานเลขานุการ รพ.**  **หน่วยธุรการ** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยประสานการแพทย์** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วย CRM และศูนย์บริการบุคลากร มข.** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **8. งานประกันสุขภาพ**  **หน่วยประสานสิทธิ์** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยบริหารจัดการข้อมูลเพื่อการเบิกจ่าย** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **9. งานเงินรายได้**  **หน่วย........................** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วย** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **10. งานพัฒนาคุณภาพรพ.และบริหารความเสี่ยงรพ.**  **หน่วย........................** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วย** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **11. งานแม่บ้านและ Logistic**  **สำนักงานแม่บ้าน** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยซักฟอก** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยรับ-ส่งผู้ป่วย** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วยตัดเย็บ** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **12. งานเวชภัณฑ์การแพทย์**  **หน่วย........................** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **หน่วย** | | | | | |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| 1. **ชื่อตำแหน่ง.............** |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |

**1.4. ฝ่ายบริการพยาบาล**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **หน่วยงานย่อย** | **ภาระงานที่ปฏิบัติ** | **จำนวนบุคลากร (คน)** | **หมายเหตุ** |
| **1. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน** |  |  |  |
| **2. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก** |  |  |  |
| **3.งานการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว** |  |  |  |
| **4.งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม** |  |  |  |
| **5.งานการพยาบาลกุมารเวชกรรม** |  |  |  |
| **6.งานการพยาบาลอายุรกรรม1** |  |  |  |
| **7.งานการพยาบาลอายุรกรรม 2** |  |  |  |
| **8.งานการพยาบาลศัลยกรรม** |  |  |  |
| **9.งานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์** |  |  |  |
| **10.งานการพยาบาลบำบัดพิเศษ** |  |  |  |
| **11.งานการพยาบาลจักษุโสตฯและจิตเวช** |  |  |  |
| **12.งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 1** |  |  |  |
| **13.งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 2 (ส.ว.ชั้น 11-15)** |  |  |  |
| **14.งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 3 (ส.ว. ชั้น 8-10)** |  |  |  |
| **15.งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 4 (อาคารกัลยาฯ)** |  |  |  |
| **16.งานการพยาบาลห้องผ่าตัด 1** |  |  |  |
| **17.งานการพยาบาลห้องผ่าตัด 2** |  |  |  |
| **18.งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 1** |  |  |  |
| **19.งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 2** |  |  |  |
| **20.งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 3 (อาคารกัลยาฯ)** |  |  |  |
| **21.งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล** |  |  |  |
| **22.หน่วยธุรการ** |  |  |  |

**ประเภทตำแหน่งงานในแต่ละหน่วยงาน**

| **หน่วยงานย่อย** | **ประเภทผู้ปฏิบัติงาน** | | | | **รวม** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้าราชการ** | **พนักงานมหาวิทยาลัย** | **ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย** | **อื่นๆ...(ระบุ)** |
| **1. งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**  **หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน OPD AE** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **ห้องกู้ชีพฉุกเฉิน** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วย บริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วย AE 1** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วย AE 2** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วย AE 3** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วย AE 4** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **ศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **2. งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก**  **หน่วยผู้ป่วยนอก 1** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผู้ป่วยนอก 2(มีห้องตรวจวัณโรค)** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผู้ป่วยนอก 3(มีห้องให้เลือด)** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผู้ป่วยนอก 4** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผู้ป่วยนอก 5 (มีหน่วยรักษ์ปทุม)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยบริการด่านหน้า ห้องตรวจบูรณาการ)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **3. งานการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว**  **หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยปฐมภูมินักศึกษา มข.** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยปฐมภูมิ 123 มข.** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **สถานเลี้ยงเด็กกลางวัน (Day Care)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **4. งานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม**  **หอผู้ป่วย 2ก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วย 2ข** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วย 5ข** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยวางแผนครอบครัว** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยห้องคลอด** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **5. งานการพยาบาลกุมารเวชกรรม**  **หอผู้ป่วยระยะวิกฤตทารกแรกเกิด(NICU)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด(IMC 2ค)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2ง** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตกุมารเวชกรรม 2ง (IMC 2ง)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3ง** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **6. งานการพยาบาลอายุรกรรม 1**  **หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4ก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 4ก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 4ข1** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 4ข2** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 4ข3** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4ค** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 4ค** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **7. งานการพยาบาลอายุรกรรม 2**  **หอหน่วยไตและไตเทียม** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยระบบทางเดินหายใจ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยหัวใจและหลอดเลือด** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **8. งานการพยาบาลศัลยกรรม**  **หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3ก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3ข** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยกรรม 3ข** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3ค** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก (Burn Unit)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **9. งานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์**  **หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 5ค** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 3ฉ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2ฉ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **10. งานการพยาบาลบำบัดพิเศษ**  **หอผู้ป่วย 5ก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วย 5จ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **11. งานการพยาบาลจักษุโสตฯและจิตเวช**  **หอผู้ป่วยจักษุ 4ง** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยหู คอ จมูก 5ง** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วย 3จ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต 3จ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยจิตเวช** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **12. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 1**  **หอผู้ป่วยพิเศษ 6ก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษ 6ข** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษ 6จ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **13. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 2 (ส.ว.ชั้น 11-15)**  **หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 11** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 12** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 13** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 14** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 15** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **14. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 3 (ส.ว. ชั้น 8-10)**  **หอผู้ป่วยและคลินิกผู้ป่วยนอก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **โครงการวิจัยทางคลินิก(8A)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษรวม 8B** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษรวม 8C** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษรวม 9A** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษรวม 9B** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษรวม 9C** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอสงฆ์อาพาธ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **15. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ 4 (อาคารกัลยาฯ)**  **หอผู้ป่วยพิเศษ กว. 6 /1** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษ กว. 6 /2** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยพิเศษ กว. 7/1** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **16. งานการพยาบาลห้องผ่าตัด 1**  **หน่วยผ่าตัด 1** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผ่าตัด 2** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผ่าตัด 3** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **17. งานการพยาบาลห้องผ่าตัด 2**  **หน่วยผ่าตัด 4** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผ่าตัด 5** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยผ่าตัดเล็ก** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **18. งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 1**  **หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 1( MICU1)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 2( MICU2)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (CCU)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ( PICU)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **19. งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 2**  **หน่วยบริการเครื่องมือแพทย์หอผู้ป่วยระยะวิกฤติ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมและฉุกเฉิน(S&E ICU)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป (SICU)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด**  **(CVT-ICU)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ( NSICU)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **20. งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ 3 (อาคารกัลยาฯ)**  **หออภิบาลผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ กว.1** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หออภิบาลผู้ป่วย ปลูกถ่ายอวัยวะ กว.2** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (SCTU)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอผู้ป่วยปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต (อายุรกรรม )** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **งานการพยาบาลเฉพาะทางและสนับสนุนบริการพยาบาล**  **หน่วยการพยาบาลรายกรณี (APN)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยการพยาบาลเฉพาะโรค (หน่วยเอดส์ หน่วยมะเร็งวิทยา หน่วยโรคข้อ หน่วยโรคระบบประสาทและสมอง หน่วยบำบัดด้วยออกซิเจนความดันบรรยากาศสูง หน่วยกู้ชีวิต)** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยการพยาบาลประคับประคอง** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยบริการสารอาหารวิธีพิเศษ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หอหน่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ** | | | | | |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยบริการเครื่องมือแพทย์** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยพัฒนาคุณภาพและสารสนเทศทางการพยาบาล** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **หน่วยธุรการ** |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| 1. ชื่อตำแหน่ง............. |  |  |  |  |  |
| **รวม** |  |  |  |  |  |