**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** |  |  |  |  |  |