**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม**

**แผนปฏิบัติการพยาบาล (Faculty Practice)**

**ชื่อ – สกุล** .....**ตำแหน่ง** .....

**กลุ่มวิชา/ภาควิชา** .....

**ความเชี่ยวชาญ** .....

**สถานที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาล**.....

**กลุ่มเป้าหมาย** (ผู้ป่วย/ผู้รับบริการเป้าหมาย)

.....

**วัตถุประสงค์**

.....

.....

.....

**ลักษณะการปฏิบัติการพยาบาล /กิจกรรมการพัฒนา** (ระบุลักษณะกิจกรรมตามแนวทางการทำ Faculty Practice)

.....

**ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม** (ระยะเวลาดำเนินโครงการไม่เกิน 12 เดือน รวมทั้งปี 80 ชั่วโมง) ปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย.....โรงพยาบาล..... ระหว่างวันที่.....ถึง..... โดยไม่ตรงกับชั่วโมงการนิเทศ/การเรียนการสอน (ดังตาราง)

| วัน/เดือน/ปี (เวลา) | กิจกรรม | จำนวนชั่วโมง | สถานที่ฝึกปฏิบัติ |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

( )

วันที่.....