



ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว ๔๔๕

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถาบันพระบรมราชชนก

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
4๑29  
วันที่รับ ๒๖ ต.ค. ๒๕๖๓  
รับเวลา 1๗.16 น.

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/นายกเทศมนตรี/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ให้จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพรองรับระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (PCC) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล เปิดรับสมัครจำนวน ๕๐ คน ระยะเวลาการอบรม ๖ สัปดาห์ ระหว่างวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) เรียบร้อยแล้ว โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ (วันวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แก้วจันทิก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย [www.pckpb.ac.th](http://www.pckpb.ac.th)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง

เว็บไซต์ สสจ.นนทบุรี

ขอแสดงความนับถือ

(นางปณิสรา ส่องวัฒนายุธ)

แก้ว  
อมพร

(นางอัมพร วารินทร์)

(นางกัลยรักษ์ พันเดช)

นักทรัพยากรบุคคล

km ท.ค.๖๓

Qm  
12/10/23

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒๘ ต.ค. ๒๕๖๓

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๔ ต่อห้อง ๑๑๒

โทรสาร ๐-๓๒-๔๐๐๕๗๓

รายละเอียดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๓

.....  
อบรมภาคทฤษฎี สัปดาห์ ที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

สัปดาห์ ที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๒ มกราคม ๒๕๖๓

อบรม ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อบรมภาคปฏิบัติ สัปดาห์ ที่ ๒ - ๕ ระหว่างวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

ถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

โดยฝึกภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ในจังหวัดและต่างจังหวัด  
ตามที่วิทยาลัยฯกำหนด

-----  
-สมัครได้ตั้งแต่วันนี้ ถึงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๓/๒๕๖๔

อบรมระหว่างวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเอง

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง

วัน / เดือน / ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เลขใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

สถาบันที่จบการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติ.....

มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น).....ปี ตั้งแต่.....

๒. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....หมู่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....เบอร์มือถือ.....Email.....

๔. บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อ ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.).....

เกี่ยวข้องกับ.....โทรศัพท์.....

**หมายเหตุ** สมัครด้วยตนเองได้ที่วิทยาลัย ฯ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ /สมัครทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

สามารถสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย ฯ [www.pckpb.ac.th](http://www.pckpb.ac.th)

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

**กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่**

อาจารย์สถาพร แก้วจันทิก (๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒๐๓ ม. ๒ ต.ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒ Fax. ๐-๓๒๔๐-๐๕๗๓

**หลักฐานการสมัคร**

๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือ  
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาล  
เฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๔. สำเนาทะเบียนบ้าน

๕. สำเนาบัตรประชาชน

๖. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป

๘. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชา และ  
อนุมัติให้ลามาอบรมได้จากต้นสังกัด

๙. สำเนาปริญญาบัตร

หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา  
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....

☐ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป

(การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน ..... ปี

ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน และยินดีอนุมัติให้นาง/นางสาว/นาย.....

.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

อบรมระหว่างวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร

กรณี ร.พ. ชุมชน / ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ

กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพสต. คือ สาธารณสุขอำเภอ