



ที่ สธ ๑๑๐๔.๐๑/ ๖๑๔๒๖

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สถาบันพระบรมราชชนก

ถนนอนามัย อำเภอเมือง

จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๑๗ กันยายน ๒๕๖๓

กลุ่มงาน	ทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ	4522
วันที่รับ	1 ๓๐.6๓
รับเวลา	15.4๓

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์โครงการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน สาธารณสุขอำเภอ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดโครงการประชาสัมพันธ์ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้กำหนดให้มีการจัดโครงการอบรม
หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๓๐ ชั่วโมง รุ่นที่ ๑๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จัดอบรมภาคทฤษฎี
ระหว่างวันที่ ๑๘ มกราคม - ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ภาคปฏิบัติระหว่างวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ - ๑๓
มีนาคม ๒๕๖๔ และประเมินผลระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดขอนแก่น

ในการนี้ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เห็นว่าโครงการอบรมดังกล่าว
มีประโยชน์ต่อการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขในสังกัดของท่าน จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน
ได้โปรดประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าว ทั้งนี้ ค่าลงทะเบียน ค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าที่พัก
เบิกจากต้นสังกัด ผู้เข้าอบรมสามารถเข้าร่วมอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา โดยสามารถเข้าสมัคร
ได้ทางเว็บไซต์วิทยาลัยฯ www.scphkk.ac.th สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายบริการวิชาการ
รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะขอขอบคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง

เว็บไซต์ สสจ.นนทบุรี และแจ้งกลุ่มงานแพทย์แผนไทย

ขอแสดงความนับถือ

1/1๖

ธมพร

(นางอัมพร วารินทร์)

(นางกัลยรักษ์ พันเดช)

นักทรัพยากรบุคคล

๓๓.๖๓

๒๓๑๖

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) รักษาการแทน

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

๖ ๙ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
(นายวิระชาติ ยุทธชาวิทย์)
- ๒ ต.ค. ๒๕๖๓

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ

ฝ่ายบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๒ ๘๐๕๗ , ๐ ๔๓๒๒ ๓๘๘๘ , ๐ ๔๓๒๒ ๒๗๔๑ ต่อ ๑๒๔ , ๑๘๖

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๘๐๕๗ , ๐ ๔๓๒๒ ๓๘๘๘ , ๐ ๔๓๒๒ ๒๗๔๑ ต่อ ๑๐๒

คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข
และผู้สนใจทั่วไป จำนวน 50 คน

ด่วน ! รับจำนวนจำกัด 50 คน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

อ.จิรสุตา เหล็กอินโชติ 09-0548-8381

อ.ณิชา เว้นแคว้น 06-2915-3287

ศูนย์พัฒนากำลังคน

โทรศัพท์ 0-4322-2741 , 0-4322-3898

ต้อ 124,186

สมัครผ่านเว็บไซต์วิทยาลัยฯ

<https://www.scphkk.ac.th>

➡ ระบบสมัครและฝึกอบรม

วัตถุประสงค์การจัดอบรม

ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรนี้

มีความรู้ความเข้าใจองค์ความรู้ด้านการแพทย์
แผนไทยอย่างเป็นระบบ ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อ
การแพทย์แผนไทย

มีความรู้ความสามารถในการนวดเพื่อส่งเสริม
สุขภาพ บำบัดโรคและฟื้นฟูสมรรถภาพ

มีความรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาล
เบื้องต้นโดยการประคบ อบสมุนไพร และการใช้ยาในบัญชียา
จากสมุนไพรตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาสามัญประจำ
บ้าน และยาที่ใช้ในการสาธารณสุขมูลฐาน

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

ค่าใช้จ่ายเบิกจากต้นสังกัด

ค่าพาหนะเดินทางจากภูมิลำเนาถึงสถานที่

ฝึกอบรม (ไป-กลับ)

ค่าลงทะเบียน คนละ 22,000 บาท

(ที่พักในวิทยาลัยฯ)

ระยะเวลาการจัดอบรม

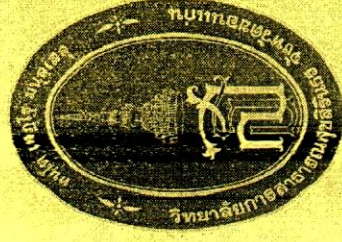
ภาคทฤษฎี 18 ม.ค. - 15 ก.พ. 2564

ฝึกภาคสนาม 15 ก.พ. - 13 มี.ค. 2564

ประเมินผล 15 - 17 มี.ค. 2564

สถานที่ฝึกอบรม

ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น



ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง

รุ่นที่ 12 ประจำปีงบประมาณ 2564

ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง รุ่นที่ 12

จัดอบรมภาคทฤษฎีระหว่างวันที่ 18 มกราคม - 13 กุมภาพันธ์ 2564

ภาคปฏิบัติระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ - 13 มีนาคม 2564 และประเมินผลระหว่างวันที่ 15 - 17 มีนาคม 2564

ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ขอความกรุณา โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน

- ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... ชื่อสกุล.....(ภาษาไทย)
ชื่อ (Mr./Miss /Mrs.)..... ชื่อสกุล.....(ภาษาอังกฤษ)
ชื่อเล่น รหัสบัตรประจำตัวประชาชน..... E-mail address.....
- วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน.....
- สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....
- ตำแหน่งในสายงาน.....
- อัตราเงินเดือน.....บาท อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....
- สถานที่ปฏิบัติงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- การศึกษา ประกาศนียบัตร.....สาขา.....จากสถาบัน.....
ปริญญาตรี.....สาขา.....จากสถาบัน.....
สูงกว่าปริญญาตรี.....สาขา.....จากสถาบัน.....
- ความสามารถพิเศษ ☐ คอมพิวเตอร์ ☐ กีฬา ☐ รำวง ลีลาศ ☐ ดนตรี ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
- ศาสนา ☐ พุทธ ☐ อิสลาม ☐ คริสต์ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

หมายเหตุ : พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 แผ่น

: สามารถส่งใบสมัครได้ที่ ฝ่ายบริการวิชาการ ชั้น 5 ตึกอำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น 90/1 ถ.อนามัย ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 หรือ email : medee22@hotmail.com