



กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขที่รับ 1196	เลขรับที่ 4097
วันที่รับ 2 ส.ค. 2566	รับวันที่ 2 ส.ค. 2566
รับเวลา 15:17	รับเวลา 14:20

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ ๒๑๒๗

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถาบันพระบรมราชชนก

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติโครงการประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารการสมัคร จำนวน ๓ แผ่น

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๘ พฤษภาคม - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ให้มีความรู้ ทักษะ เจตคติ ในการดูแลสุขภาพครอบครัวในชุมชน ตอบสนองระบบบริการปฐมภูมิ รับสมัครจำนวน ๓๐ คน ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัด

วิทยาลัย ขออนุมัติโครงการจากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) เรียบร้อยแล้ว สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แก้วจันทิก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง

เว็บไซต์ สสจ.นนทบุรี

(นางกัลยรักษ์ พันเดช)

นักทรัพยากรบุคคล

ส.ค. ๒๕๖๖



ด้านวิจัยและบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒

โทรสาร ๐-๓๒-๔๐๐๕๗๓

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(นางปานิสรา ส่งวัฒนายุธ)

รักษาการแทนผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Signature)

(นายประเสริฐ เล็กสรเสริญ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

- ๙ มี.ค. ๒๕๖๖

รายละเอียดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕

อบรมภาคทฤษฎี

สัปดาห์ ที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖

สัปดาห์ ที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖

อบรม ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อบรมภาคปฏิบัติ สัปดาห์ ที่ ๒ - ๕ ระหว่างวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ถึงวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖

โดยฝึกภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ในจังหวัดและต่างจังหวัด

ตามที่วิทยาลัยกำหนด

-สมัครได้ตั้งแต่วันนี้ ถึงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖

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 และยินดียินยอมให้นาง/นางสาว/นาย.....

.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

อบรมระหว่างวันที่เดือน..... 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

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕/๒๕๖๖

อบรมระหว่างวันที่ ๘ พฤษภาคม - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ 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.).....

เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ สามารถสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th

หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖

(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
อนุมัติให้ลาอบรมได้จากต้นสังกัด

๙. สำเนาปริญญาบัตร