

กสิณ



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 2052
วันที่ 28 ก.พ. 2566
เรื่อง

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/๖๑๖๗

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สถาบันพระบรมราชชนก
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 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 ตอบสนองระบบบริการปฐมภูมิรับสมัครจำนวน ๓๐ คน ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทางเบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัด

วิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) เรียบร้อยแล้ว สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แฉวงจันทิก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้

กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดพะเยา

() เชื้อไม่ทราบ
() เชื้อไม่ทราบ
วิทย์. เพชรบุรี จิตอาสาสมัครสาธารณสุข
จังหวัดพะเยา ๒ พ.ศ. - 14 จ.อ. ๒๕. วิทยาลัย
พะเยา โทร. ๐๙๕-๐๙๕-๐๙๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(Handwritten signature)

(นางปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ)

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<input type="checkbox"/>	อนุมัติ/อนุญาต
<input checked="" type="checkbox"/>	ชอบ
<input type="checkbox"/>	ลงนัด
<input type="checkbox"/>	ลงนาม
<input type="checkbox"/>	มอบ
<input type="checkbox"/>	ทราบ

(Handwritten signature)

(นายเอกชัย คำถ้อย)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ส.นิต
(นางสาวศรินดา เสมอใจ)

นักทรัพยากรบุคคล

F-1 ส.ค. 2566



ด้านวิจัยและบริการวิชาการ
โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒
โทรสาร ๐-๓๒-๔๐๐๕๗๓

(Handwritten signature)
(นางรัชณี ชัดตะละ)
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

F-2 ส.ค. 2566

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

ตามที่วิทยาลัยฯกำหนด

-สมัครได้ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕/๒๕๖๖

อบรมระหว่างวันที่ ๘ พฤษภาคม - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง : โปรดกรอรายละเอียดต่าง 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. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน
๕. สำเนาบัตรประชาชน
๖. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป
๘. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชา และอนุมัติให้ลาอบรมได้จากต้นสังกัด
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 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