สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ
เลขรับ 11521
วันที่ - ๑ พ.ย. ๒๕๕๙
เวลา

ที่ สธ ๐๘๒๒.๕/ว ๑๒๕๕

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
๖๑ ซอยเทศบาล ๑๙ ถนนสุขุมวิท
อำเภอเมือง สมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการสถาบัน / โรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันราชานุกูล และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ รวมระยะเวลาในการฝึกอบรมเป็นเวลา ๔ เดือน โดยเริ่มรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ – ๓๑ มกราคม ๒๕๖๐ พิจารณาผู้เข้าอบรมดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าหลักสูตรข้างต้นจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานของท่าน จึงใคร่ขอเรียนเชิญพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท / คน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางชุติมา ไกรอำ โทรศัพท์ ๐๒ – ๓๘๔๓๓๘๑ – ๓ ต่อ ๗๒๑๖๖ หรือมือถือ ๐๘๙-๒๐๐๗๖๘๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุมัติให้ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวรัชนี ฉลองเกื้อกูล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

กลุ่มการพยาบาล
โทรศัพท์ ๐๒ – ๓๘๔๓๓๘๑ – ๓ ต่อ ๗๒๑๖๖
โทรสาร ๐๒ – ๓๙๔๑๘๔๕

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้เข้าอบรมต้องมีเวลาอบรมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 จึงมีสิทธิ์เข้ารับการประเมินผล
2. วัดผลตามแนวทางการประเมินผล หลักสูตรการอบรม เฉพาะทางของสภาการพยาบาล โดยประเมินผลเป็นลำดับขั้น (Grade) ตามความหมายและค่าระดับขั้น
3. ผู้เข้ารับการอบรมต้องได้คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่า 2.00 ในระบบ 4.00

ระยะเวลาการอบรม

- 4 เดือน (17สัปดาห์)

เริ่มการอบรม

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 - 31 พฤษภาคม 2560

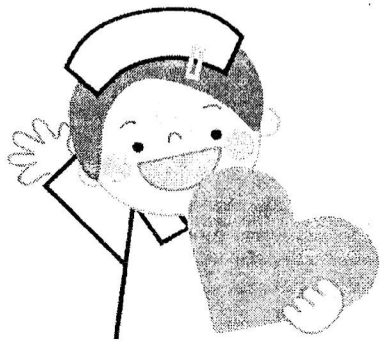
รับสมัคร

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 - 31 มกราคม 2560

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

1.ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท

2.ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง เบิกจากต้นสังกัด



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นางชุติมา ไกรอ่ำ

โทรศัพท์ 02-3843381-3 ต่อ72166

โทรศัพท์มือถือ 0892007680

โทรสาร 02-3941845

Download ใบสมัครได้ที่

www.ycap.go.th

สถาบันราชานุกูล และ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

กรมสุขภาพจิต

ร่วมกับ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมอบรม

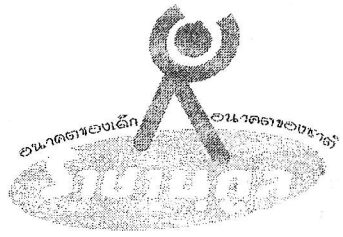
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

Training Program of Nursing Specialty

in Child and Adolescent Mental Health an

Psychiatric Nursing





ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็ก และวัยรุ่น

ภาษาอังกฤษ : Training Program of Nursing Specialty in Child and Adolescent Psychiatric Nursing

ชื่อประกาศนียบัตร

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ภาษาอังกฤษ : Certificate of Nursing Specialty in Child and Adolescent Psychiatric Nursing



วัตถุประสงค์ของหลักสูตรเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1.ประเมินพัฒนาการและภาวะสุขภาพ คัดกรองจำแนกผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อการส่งต่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาต่อได้

2.ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงได้

3.ให้การบำบัดเบื้องต้นแก่เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการบกพร่อง, เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์, ปัญหาพฤติกรรม โดยบูรณาการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างเหมาะสม

4. มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและมารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล

5. ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของเด็กและวัยรุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้

6.จัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยการประสานความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพทุกระดับและทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม

7. พัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

คุณสมบัติ ของผู้เข้าอบรม

1. สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาลเทียบเท่าปริญญาตรี
2. มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี
3. มีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งได้ตามกฎหมาย
4. สามารถเข้าอบรมได้เต็มเวลา

หมายเหตุ ได้รับหน่วยคะแนนสะสม(CNEU 50 หน่วย

สถานที่เรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ

- ภาคทฤษฎี เรียนที่ สถาบันราชานุกูล
- ภาคปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ , ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดสมุทรปราการ โรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ

จำนวนหน่วยกิต ตลอดหลักสูตร 16 หน่วยกิต

ภาคทฤษฎี 10 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 6 หน่วยกิต



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

"หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น"

ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 – 31 พฤษภาคม 2560

ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สมุทรปราการ

(กรุณาเขียนตัวบรรจงด้วยปากกาสีเข้ม)

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

   อายุ.....ปี ศาสนา .....วันเดือนปีเกิด.....

2. อายุราชการ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

3. ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....

   เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/ เขต.....จังหวัด.....

   รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

4. ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/ เขต.....

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

5. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....

   หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....

6. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด

   คุณวุฒิ.....สาขา.....

   สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

ได้อนุญาตให้.....ตำแหน่ง.....

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สอบถามรายละเอียดได้ที่นางชุติมา ไกรอ่ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โทรศัพท์ 02 – 3843381 - 3 ต่อ 72166

กรุณาส่งใบสมัคร และหลักฐานประกอบการสมัคร ที่

- นางชุติมา ไกรอ่ำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
  เลขที่ 61 ซอยเทศบาล 19 ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
  โทรศัพท์ 02 – 3843381 - 3 ต่อ 72166 มือถือ 089-2007680 โทรสาร 02-3941845

E – Mail nuryuwa@hotmail.com

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
ถนนสุขุมวิท สมุทรปราการ ๑๐๒๗๐
โ. ๐๘๒๓.

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตที่ ๑๗/๒๕๓๐
ปทจ. สมุทรปราการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ต.ตลาด อ. เมืองจันทบุรี
จ.จันทบุรี
22000