สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
เลขรับ 11194
วันที่ 16 ต.ค. 2560
เวลา

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๙๑๖/ว๑๐๖๒

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ถนนคีรีรัฐยา จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๑๙/๒๕๖๑

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๑๙ อบรมระหว่างวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ – ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ค่าลงทะเบียนจำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล และได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน และผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียนได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ทั้งนี้ต้องได้รับอนุมัติจากต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการอบรมดังกล่าว โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ (เว้นวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แถวจันทึก หัวหน้างานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือสามารถดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางธัญพร ชื่นกลิ่น)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ
โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อห้อง ๑๑๒
โทรสาร ๐-๓๒- ๔๐๐๕๗๓

ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ใบสมัครโครงการอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น)รุ่นที่ ๑๙/๒๕๖๑
อบรมระหว่างวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ – ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ 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.....
จบการศึกษาปี พ.ศ.....มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี ตำแหน่ง.....

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 *สมัครด้วยตนเองได้ที่วิทยาลัย ฯ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ /สมัครทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้*
สามารถสำเนาใบสมัครได้ จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th
และ *สมัครได้ตั้งแต่ บัดนี้ จนถึงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐*

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
วันที่...../...../.....

กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
อาจารย์สถาพร แถวจันทึก
หัวหน้างานบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๒๐๓ ม.๒ ต.ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐
โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒ Fax. ๐-๓๒๔๐-๐๕๗๓

หลักฐานการสมัคร
๑. สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. สำเนาบัตรประชาชน
๓. สำเนาปริญญาบัตร ๑ ใบ
๔. สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ๑ ใบ
๕. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
๖. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)
๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน 4 รูป (รวมติดชุดสมัคร)
๘. หลักฐานอื่น ๆ ที่เปลี่ยนชื่อ – สกุล (ถ้ามี)

หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....

☐ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล จำนวน ..... ปี

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

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

.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป

(การรักษาโรคเบื้องต้น) ระหว่างวันที่ .....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