13/30

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 1098
วันที่ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๒
เวลา

ที่ สธ ๐๒๓๑/ว ๑๙๕

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖
ถนนวชิรปราการ ชบ ๒๐๐๐๐

๒๘ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเข้ารับการอบรมหลักสูตรแนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (หลักสูตร ๑๐ วัน)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ ๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้กำหนดจัดโครงการอบรมแนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในระหว่างวันที่ ๔-๑๕ มีนาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมโรงแรมเอส.ดี.อเวนิว กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินปัญหาและมีทักษะในการให้บริการปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยให้เขตสุขภาพพิจารณาผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน ๓๐ คน

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖ ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โรงพยาบาลละ ๑-๒ ท่าน โดยมีค่าลงทะเบียนท่านละ ๘,๐๐๐ บาท ผู้สนใจสามารถส่งรายชื่อได้ที่ นางอรวรรณ เมืองสำราญ / นางสาวฐิติธัญญ์ รัตนไชยสีมา กลุ่มงานวิชาการพยาบาลภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หมายเลยโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๒ ๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๒ E-mail:nutcha_๗๗๗@hotmail.com ทั้งนี้ ขอให้ส่งใบสมัครเข้าร่วมการอบรม ภายในวันที่ ๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมอบรมต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เรียน เสนอ เลขาฯ จึงเรียนมาเพื่อกราบ
ทราบและพิจารณาให้ผู้ที่สนใจ ต่อไป
ด้วย
ขอแสดงความ
นับถือ

(นายวิชัย ธนาโสภณ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๖

ประทับฟรี

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๖๗-๘
โทรสาร ๐ ๓๘๒๗ ๖๖๓๕

ลำดับที่

กรมการแพทย์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ใบสมัครอบรมหลักสูตร แนวทางการให้การปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

(Counseling in Cancer Patients : Genetic Counseling) **หลักสูตร 10 วัน**

ระหว่างวันที่ 4 – 15 มีนาคม 2562

ณ โรงแรม เอส.ดี.อเวนิว กรงเทพ

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นาย ☐ ยศ..... ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง ☐ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ☐ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ☐ พยาบาลวิชาชีพ

ตำแหน่งอื่น ๆ .....

☆ มีประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ .....ปี **(2 ปีขึ้นไป)**

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เลข 10 หลัก) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... วัน/เดือน/ปี เกิด .....

สถานที่ปฏิบัติงาน : โรงพยาบาล.....หน่วยที่ปฏิบัติงาน.....

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

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

มือถือ.....

E – Mail .....

หลักฐานประกอบการสมัคร :

☆ ใบสมัครอบรม /สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☆ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

☆ ส่ง Fax ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนค่าลงทะเบียน จำนวน 8,000 บาท

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี นางอรวรรณ เมืองสำราญ และ/หรือ นางสาวบุปผาชาติ ขุนอินทร์

เลขที่บัญชี : 026-4684387

มีความประสงค์ให้ออกใบเสร็จในนาม(โปรดระบุ).....

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

โทรศัพท์ : 0 2202 6800 ต่อ 2602

โทรสาร : 0 2354 7037

- นางอรวรรณ เมืองสำราญ : 081-2933822
- นางสาวฐิติธัญญ์ รัตนไชยสีมา : 0 2202 6800 ต่อ 2602

โปรดนำหลักฐานประกอบการสมัครและเอกสารการโอนเงิน (ฉบับจริง) มาในวัน

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....