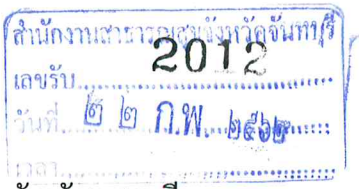
10/35





ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๙๑๖/ว๑๙๕ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ถนนคีรีรัฐยา จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

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

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ให้จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อบรมระหว่างวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาพยาบาลรองรับ PCC จำนวน ๕๐ คน โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากต้นสังกัดและวิทยาลัยของดรับผู้สมัครเมื่อครบจำนวนแล้ว

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานที่จบการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ (เว้นวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แถวจันทึก หัวหน้างานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางธัญพร ชื่นกลิ่น)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจั

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

เรียน ผอ. สสจ.
เพื่อโปรดพิจารณา เพื่อมอบหมายให้ส่งบุคลากรเข้าอบรมตามหลักสูตรดังกล่าว ตามระยะเวลาที่กำหนด
ขอแสดงความนับถือ
13 พ.ค. 62 ถึง 22 มิ.ย. 62

๒๒ ก.พ. ๒๕๖๒
1 22 กพ 62

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๑/๒๕๖๒

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน นโยบายสำคัญในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของรัฐ ตามนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การพัฒนาระบบและเครือข่ายการบริการปฐมภูมิทั้งอำเภอ (District Health System - DHS) เพื่อขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับอำเภอแบบบูรณาการ ผสมผสานการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เน้นการทำงานเป็นระบบ ประสานทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย ร่วมกันขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการบริการสุขภาพพื้นฐานแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชนที่ทั่วถึงและเท่าเทียม ส่งเสริมศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ป้องกันตนเองจากโรค และการเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยได้ สภาการพยาบาลเห็นความสำคัญในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้นโยบาย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และแผนการพัฒนาบุคลากรดังกล่าว โดยมีความเชื่อว่าพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวจะมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์การทำงานใน ๒ ด้าน คือ ๑) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ๒) ด้านการจัดการดูแลสุขภาพครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนา เติมเต็มความต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวให้แก่หน่วยบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถและเจตคติตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

๒. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยปฐมภูมิและการดูแลครอบครัวภายใต้หลักการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

๑. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

๑) สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

๒) มีประสบการการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๓) ได้รับการอนุมัติจากต้นสังกัดให้เข้ารับการอบรมได้

๒. ระยะเวลาการอบรม

ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมรุ่นละ ๖ สัปดาห์
ระหว่างวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ - ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒

๓. สถานที่

- ภาคทฤษฎี/ทดลอง

ห้องประชุมและห้องปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- ภาคปฏิบัติ

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดใกล้เคียงที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล

๔. กิจกรรมการอบรม

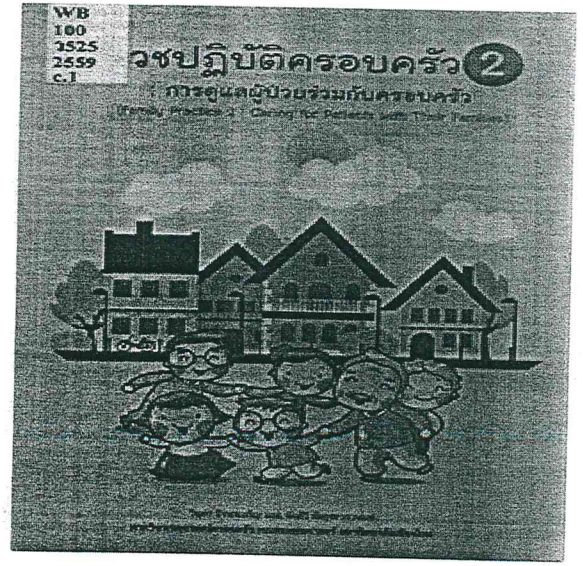
- ภาคทฤษฎี - บรรยาย/อภิปราย/ประชุมกลุ่ม ๑ สัปดาห์
  - สาธิต / ศึกษาด้วยตนเอง
  - สถานการณ์จำลอง (SBL)
- ภาคปฏิบัติ - ฝึกปฏิบัติวิชาการดูแลสุขภาพครอบครัว ๔ สัปดาห์
- วิชาการ - สัมมนา / รายงานกรณีศึกษา ๑ สัปดาห์

๕. การวัดและประเมินผล

ตามเกณฑ์ที่หลักสูตรกำหนด ดังนี้

๑. เวลาเข้าอบรมต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของทุกหน่วยการเรียน

๒. คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ๒.๕๐



๖. ไม่เสียค่าลงทะเบียน

- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการอบรม ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าที่พักและเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการอบรมเบิกจากงบประมาณหน่วยงานต้นสังกัดตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือตามข้อตกลงกับหน่วยงาน (ต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาให้เรียนแล้ว)

๗. ที่พักในระหว่างการอบรม

- ภาคทฤษฎี

ผู้เข้ารับการอบรมรับผิดชอบจัดหาที่พักเอง

- ภาคปฏิบัติ

รับผิดชอบจัดหาที่พักเอง หรือสามารถติดต่อขอที่พักจากแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่มีความพร้อม

๘. เอกสารประกอบการสมัคร อย่างละ ๑ ใบ

๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๔. หนังสืออนุมัติให้ลาอบรม จากหน่วยงานต้นสังกัด

๕. สำเนาทะเบียนบ้าน

๖. สำเนาบัตรประชาชน

๗. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

๘. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป

๙. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

๑๐.สำเนาปริญญาบัตร

การสมัคร

รับสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ ถึง ๕ เมษายน ๒๕๖๒

ประกาศรายชื่อวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๒

เมื่อจำนวน ครบ ๕๐ คน วิทยาลัยขอปิดการรับสมัคร

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์หรือสมัครด้วยตนเองที่

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒๐๓ ม.๒ ต. ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

โทร๐๓๒-๔๒๗๐๔๙ ต่อ๑๑๒ โทรสาร ๐๓๒-๔๐๐๕๗๓

โหลดใบสมัครได้จากเวปไซด์วิทยาลัย *www.pckpb.ac.th*

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

๑. อาจารย์สถาพร แถวจันทึก ๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑

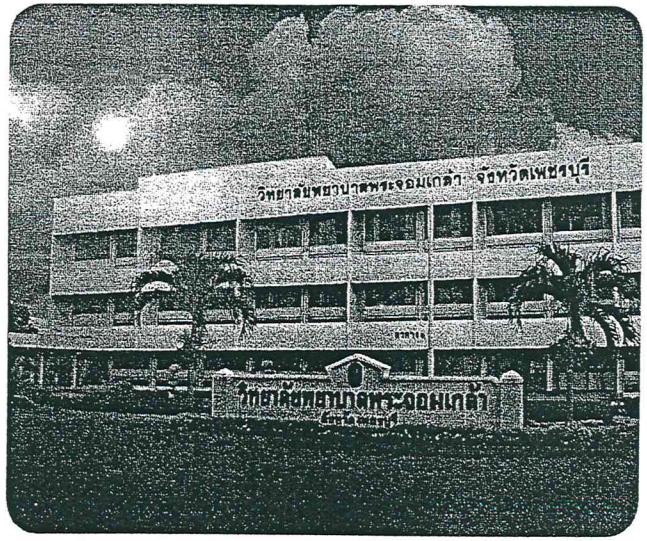
๒. อาจารย์รวีวรรณ แก้วอยู่ ๐๘๕-๒๙๔๙๐๘๕

๓. คุณฉลวย ตือพงษ์ ๐๙๑-๒๗๖๓๖๔๒

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

ระหว่างวันที่ ๑๓ พฤษภาคม - ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒



ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๑/๒๕๖๒

อบรมระหว่างวันที่ ๑๓ พฤษภาคม – ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒ 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.....

<u>หมายเหตุ</u> สมัครด้วยตนเองได้ที่วิทยาลัย ฯ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ /สมัครทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้
สามารถสำเนาใบสมัครได้ จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th
สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง <u>วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒</u>

(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

<u>หลักฐานการสมัคร</u>
๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
๔. หนังสืออนุมัติให้ลาอบรม จากหน่วยงานต้นสังกัด
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน
๖. สำเนาบัตรประชาชน
๗. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
๘. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป
๙. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
๑๐. 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 และยินดีอนุมัติให้นาง/นางสาว/นาย.....

.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

อบรมระหว่างวันที่ .....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