๑๒/๑๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 10480
วันที่ ๑๖ ต.ค. ๒๕๖๒
เวลา

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๙๑๖/ว ๑๑๖๖

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

๑ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๑/๒๕๖๓

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๑ อบรมระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ – ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓ ภาคทฤษฎี ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลในจังหวัด และโรงพยาบาลต่างจังหวัด ค่าลงทะเบียนจำนวน ๓๕,๐๐๐ บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) 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 ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือสามารถดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ)
รองผู้อำนวยการกลุ่มงานบริหาร รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เพื่อโปรด ☐ **ทราบ**
☐ **พิจารณาสั่งการ**
☐ **พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ**

๑๖ ต.ค. ๒๕๖๒

ทราบ

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
๒๗ ต.ค. ๖๒

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

๑๖ ต.ค. ๒๕๖๒

ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๑/๒๕๖๓

อบรมระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ – ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓ 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 และดูรายละเอียด จาก website ของวิทยาลัย ฯ* www.pckpb.ac.th และ *สมัครได้ตั้งแต่ บัดนี้ จนถึงวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒*

(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. สำเนาทะเบียนบ้าน

๒. สำเนาบัตรประชาชน

๓. สำเนาปริญญาบัตร ๑ ใบ

๔. สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ๑ ใบ

๕. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๖. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน 3 รูป (รวมติดชุดสมัคร)

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 / รพ.สต. คือ สาธารณสุขอำเภอ

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)รุ่นที่ ๒๑/๒๕๖๓

<u>หลักการและเหตุผล</u>

เพื่อการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพในด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นนโยบายในระดับชาติที่ทุกหน่วยงานของประเทศ ต้องร่วมกันแก้ไข วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (สถาบันพระบรมราชชนก) ร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักเห็นความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าว จึงได้พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น) ให้เน้นการดูผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ให้ตอบสนองความต้องการของสังคมและประเทศชาติต่อไป

๑. <u>คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม</u>

๑. ผู้เข้าอบรมต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๒. มีคุณสมบัติตามในข้อที่ ๑ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล มาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี

๓. เป็นผู้มีคุณสมบัติตามข้อ ๑ และข้อ ๒ ที่ผ่านการสอบคัดเลือกตามเกณฑ์ของวิทยาลัย คณะกรรมการบริหารหลักสูตรของวิทยาลัยได้พิจารณาเห็นว่ามีความเหมาะสม





๒. <u>ระยะเวลาการอบรม</u>

ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมรุ่นละ ๑๘ สัปดาห์

ระหว่างวันที่๒๕ พฤศจิกายน๒๕๖๒ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓

ภาคทฤษฎี ใช้เวลาอบรมจำนวน ๙ สัปดาห์ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์เข้ารับการอบรมทุกวัน

สัปดาห์ที่ ๒-๙ อบรมทุกวันศุกร์ เสาร์ อาทิตย์

ภาคปฏิบัติ ใช้เวลาฝึกปฏิบัติงานจำนวน ๙ สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑๐-๑๗ ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ ๕-๖ วัน ตั้งแต่ วันจันทร์ถึงวันเสาร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.และปฏิบัติงานนอกเวลาราชการสัปดาห์ละ ๓ วัน ตั้งแต่เวลา ๑๖.๓๐-๒๐.๐๐ น.

สัปดาห์ที่ ๑๘ สัมมนาวิชาการ กรณีศึกษาของแต่ละกลุ่ม ประเมินผลการเรียนรู้รวบยอดและประเมินผลการดำเนินการจัดอบรม พร้อมทั้งพิธีรับประกาศนียบัตรผู้สำเร็จการอบรมในวันสุดท้ายของสัปดาห์

๓. <u>สถานที่</u>

- ภาคทฤษฎี/ทดลอง

ห้องประชุมและห้องปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- ภาคปฏิบัติ

โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดใกล้เคียง ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล

๔. <u>กิจกรรมการอบรม</u>

- ภาคทฤษฎี - บรรยาย / อภิปราย / ประชุมกลุ่ม
  - สาธิต / ศึกษาด้วยตนเอง
  - สถานการณ์จำลอง (SBL)
- ศึกษาดูงาน ณ ต่างจังหวัด
- ภาคปฏิบัติ - ฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน
  - สัมมนา / ประชุมกลุ่ม
  - รายงานกรณีศึกษา

๕. <u>การวัดและประเมินผล</u>

ตามเกณฑ์ที่หลักสูตรกำหนด ดังนี้

๑. เวลาเข้าอบรมต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของทุกหน่วยการเรียน

๒. คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ๒.๕๐

๖. <u>การเตรียมค่าใช้จ่ายและค่าลงทะเบียน</u>

- ค่าลงทะเบียน คนละ ๓๕,๐๐๐ บาท
- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการอบรม ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าที่พักและเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการอบรมเบิกจากงบประมาณหน่วยงานต้นสังกัดตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือตามข้อตกลงกับหน่วยงาน

๗. <u>ที่พักในระหว่างการอบรม</u>

- ภาคทฤษฎี

ผู้เข้ารับการอบรมรับผิดชอบจัดหาที่พักเอง

- ภาคปฏิบัติ (ในจังหวัดและต่างจังหวัด)

รับผิดชอบจัดหาที่พักเอง หรือสามารถติดต่อขอที่พักจากแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่มีความพร้อม

๘. <u>เอกสารประกอบการสมัคร</u>

๑. หนังสือรับรองประสบการณ์การปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานและได้รับใบรับรองอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ จากสภาการพยาบาล (ใช้แบบฟอร์มที่โหลดจากเวปไซด์ของวิทยาลัย) รับรองโดยหัวหน้างานต้นสังกัด

๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๔. หนังสืออนุมัติให้ลาอบรม จากหน่วยงานต้นสังกัด

๕. หรือหนังสือรับรองความจำเป็นของการให้เข้ารับการอบรมของผู้บังคับบัญชา (ถ้ามี) เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณากลั่นกรองของคณะกรรมการฯ

<u>การสมัครและการสอบโดยการสอบสัมภาษณ์</u>

- รับสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ ถึง ๘ พ.ย. ๒๕๖๒

รับจำนวนจำกัด (๕๐ คน)

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวันที่ ๑๑ พ.ย.๖๒

-สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๑๔ พ.ย. ๒๕๖๒

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๑๕ พ.ย.๖๒

<u>ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์หรือสมัครด้วยตนเองที่</u>

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

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

โทร๐๓๒-๔๒๗๐๔๙ ต่อ๑๑๒ โทรสาร ๐๓๒-๔๐๐๕๗๓

โหลดใบสมัครได้จากเวปไซด์วิทยาลัย *www.pckpb.ac.th*

<u>สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่</u>

๑. อาจารย์สถาพร แถวจันทึก ๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑

๒. อาจารย์รวีวรรณ แก้วอยู่ ๐๘๕-๒๙๔๙๐๘๕

๓. คุณฉลวย ตือพงษ์ ๐๙๑-๒๗๖๓๖๔๒

การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๑

ระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๓



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ร่วมกับ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สถาบันพระบรมราชชนก

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
กำหนดการรับสมัครและการสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๑/๒๕๓๒

-เปิดรับสมัคร ตั้งแต่ บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ (เว้นวันหยุดราชการ)
-สมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัย ฯ ณ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒
-สมัครทางไปรษณีย์ ส่งถึง อาจารย์สถาพร แถวจันทึก (หัวหน้างานบริการวิชาการ)
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๒๐๓ ม. ๒ ต. ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐
- **วิธีการสมัครสอบคัดเลือก** โดยการตรวจคุณสมบัติตามที่สภาการพยาบาลกำหนด และสอบสัมภาษณ์ โดยสามารถเลือกเข้าสอบได้ ๒ ครั้ง ดังนี้

การรับสมัคร	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวันที่	สอบสัมภาษณ์วันที่	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่	ชำระเงินค่าลงทะเบียนภายในวันที่
รับสมัครตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๘ พ.ย.๖๒	๑๑ พ.ย.๖๒	๑๔ พ.ย.๖๒	๑๕ พ.ย.๖๒	๑๘ พ.ย.๖๒

- **สถานที่สอบสัมภาษณ์ ณ อาคารมหามงกุฎราชานุสรณ์ ห้อง ๓๑๐๗**
- **การประกาศผล** ดูประกาศทาง web site ของวิทยาลัย ฯ www : pckpb.ac.th
- **การรายงานตัวผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม**

วิทยาลัยฯขอให้ผู้ที่ผ่านการสอบ โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาพระนครคีรี ชื่อบัญชี "สำหรับจัดอบรม วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี" เลขที่บัญชี ๗๐๓-๐-๕๗๓๓๕-๘ จำนวน ๓๕,๐๐๐ บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ภายในวันที่กำหนด

หลังจากโอนเงินเรียบร้อยแล้ว Fax เอกสารการโอนเงินมาที่ ๐๓๒-๔๐๐๕๗๓ ทาง Line อ.สถาพร แถวจันทึก/คุณฉลวย ตือพงษ์ ตามเบอร์โทรข้างล่างนี้ และเก็บหลักฐานการโอนเงินตัวจริงส่งให้วันรายงานตัวเข้ารับการอบรม วันที่ ๒๕ พ.ย.๒๕๖๒ ทั้งนี้วิทยาลัยจะออกหนังสือรับรองเป็นผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม แจ้งท่านและหน่วยงานต้นสังกัดของท่านทราบเพื่อดำเนินการอนุญาตเข้ารับการอบรมต่อไป

- **-สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ อาจารย์สถาพร แถวจันทึก ๐๘๕ – ๕๖๑๖๘๐๑**
คุณฉลวย ตือพงษ์ ๐๙๑ – ๒๗๖๓๖๔๒