๑/๒๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 11991
วันที่ ๒๖ พ.ย. ๒๕๖๒
เวลา

ที่ ศธ.0521.1.0603/พิเศษ

ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

18 พฤศจิกายน 2562

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครเข้าอบรม จำนวน 1 ชุด

ด้วยภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ (Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) รวมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้อย่างเหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา ตามระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล โดยผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับ CNEU 50 หน่วยคะแนน โดยอบรมระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 – 31 พฤษภาคม 2563 ณ ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รับสมัครผู้เข้าอบรมจำนวน 24 คน (ค่าลงทะเบียนคนละ 40,000 บาท)

ในการนี้ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรพยาบาลในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตร ฯ ดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และอื่น ๆ ได้ตามระเบียบต้นสังกัด โดยให้สมัครให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 11 ธันวาคม 2562

จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมอบรมดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์แมนสิงห์ รัตนสุคนธ์)
หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา

ภาควิชาจักษุวิทยา
โทรศัพท์ 0-7442-9619 , 0-7445-1380-1
โทรสาร 0-7442-9619

(นางประภา รัตนชีพ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

เพื่อโปรด ☐ ทราบ
☑ พิจารณาสั่งการ
☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

๒๖ พ.ย. ๒๕๖๒

การมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อในผู้เข้าฝึกอบรมหลักสูตร 2 สัปดาห์ขึ้นไป

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล..... โทรศัพท์ติดต่อ..... E-mail.....

ชั้นปี..... คณะ/สาขา..... มหาวิทยาลัย/โรงพยาบาล.....

ฝึกปฏิบัติที่ภาควิชา/หน่วยงาน..... ช่วงเวลาเข้าฝึกปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

ผู้ที่เข้าฝึกปฏิบัติต้องดำเนินการแสดงหลักฐานการตรวจว่าเป็นผู้มีภูมิคุ้มกัน/ได้รับวัคซีนคุ้มกันโรคติดต่อ ดังนี้

1. โรคหัด

☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ..... ☐ เคยเป็นโรคเมื่อ.....

☐ เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

☐ ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

2. โรคหัดเยอรมัน

☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ..... ☐ เคยเป็นโรคเมื่อ.....

☐ เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

☐ ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

3. โรคคางทูม

☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ..... ☐ เคยเป็นโรคเมื่อ.....

☐ เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

☐ ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ

4. โรคไวรัสตับอักเสบ บี

☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ..... ☐ เคยเป็นโรคเมื่อ.....

☐ เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

☐ ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

5. โรคสุกใส

☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันเมื่อ..... ☐ เคยเป็นโรคเมื่อ.....

☐ เคยตรวจระดับ Ab เมื่อ..... ผล.....

☐ ไม่เคยเป็นโรค ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกันและไม่เคยตรวจ Ab หรือไม่แน่ใจ **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

6. ไข้หวัดใหญ่

☐ เคยฉีดวัคซีนป้องกันครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

☐ ไม่เคยฉีดวัคซีนป้องกัน **ต้องดำเนินการก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ**

ลงชื่อ .....

( ) แพทย์ผู้รับรอง

วันที่ ...../...../.....

เงื่อนไข/ข้อกำหนดก่อนเข้าฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ :

1. นักศึกษาต้องทำหนังสือแจ้งความประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมส่งเอกสารแสดงหลักฐานการมีภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ ก่อนเข้าฝึกปฏิบัติ
2. หากมีข้อสงสัย สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ งานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ 0-7445-1092

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล (นาย/ นาง / นางสาว)

.....อายุ.....ปี

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงาน.....

เลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

เบอร์มือถือ.....

E-mail Address.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด.....

สถานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุด.....

ลักษณะประสบการณ์การทำงานทางคลินิก.....

.....

.....

อายุการทำงานในสาขาจักษุวิทยา.....ปี

จำนวนเตียงของโรงพยาบาล.....เตียง

จำนวนจักษุแพทย์.....คน

จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา.....คน

ต้องการฝึกปฏิบัติหน่วยงานใดมากที่สุดในช่วง Elective โปรดระบุลำดับ 1 - 2 (เลือกได้ 2 อันดับ)

_____OPD _____OR _____WARD

หมายเหตุ การจัดช่วง Elective ใช้เกณฑ์ตามลำดับก่อน-หลังการสมัคร

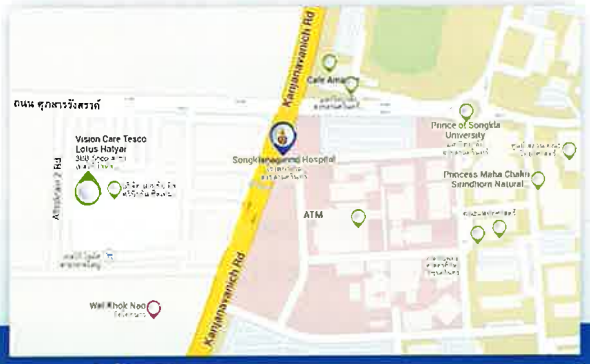
ดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.psu-eye.com

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานในการสมัครดังนี้

- ☐ สำเนาวุฒิการศึกษา
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)
- ☐ เอกสารการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อ

»» จุดแข็งของหลักสูตร

- วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมตรงตาม Sevice Plan ซึ่งเน้นความรู้ดี ปฏิบัติได้จริง
- มีหอพักรอบมหาวิทยาลัย เดินทางสะดวก ลดเวลาในการเดินทาง
- สอนโดยคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์
- สถานฝึกอบรมเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยและมีความพร้อมสูง
- เปิดโอกาสให้ดูงาน นิเทศงานนอกสถานที่



แผนที่ตั้ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ภาควิชาจักษุวิทยา ชั้น 4
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์ 074-451381

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ

Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner

รุ่นที่ 6

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2563

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาควิชาจักษุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



สภาการพยาบาลรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง
สาขาพยาบาลศาสตร์ 50 หน่วยคะแนน

ชื่อวุฒิบัตร

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถและทักษะในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) รวมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้อย่างเหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตาตามระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

1. สำเร็จการศึกษาขั้นต่ำระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า
2. เป็นผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาล
3. มีประสบการณ์การทำงานในการพยาบาลผู้ป่วยทางตาไม่น้อยกว่า 1 ปี

ระยะเวลาการอบรม 17 สัปดาห์

ตั้งแต่ วันศุกร์ ที่ 1 กุมภาพันธ์ 2563
ถึง วันศุกร์ ที่ 31 พฤษภาคม 2563

สถานที่ฝึกอบรม

- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท

- เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว มีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนจากต้นสังกัดได้ ส่วนพนักงานของรัฐเบิกได้ตามระเบียบของโรงพยาบาล

การรับสมัคร

- ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 11 ธันวาคม 2562 โดยสามารถ Download ใบสมัครได้ทาง www.psu-eye.com

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์

วันที่ 18 ธันวาคม 2562 ทาง www.psu-eye.com

การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม

- รับสมัครจำนวน 24 คนเท่านั้น
- การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคณะกรรมการ ผลการตัดสินที่ได้ถือเป็นอันสิ้นสุด

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ทาง www.psu-eye.com

การรายงานตัวเข้ารับการอบรมและปฐมนิเทศ

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น1
3. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
4. หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)
5. ใบสมัครเข้าร่วมอบรม
6. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 ใบ

วิธีชำระเงิน

โอนเงิน บัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเภท ออมทรัพย์ ชื่อบัญชี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (การประชุม) เลขที่บัญชี 565-2-645612

ติดต่อสอบถามข้อมูล/ส่งใบสมัคร มาที่

หน่วยการจัดประชุม อาคารเรียนรวมและหอสมุดฯ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทร : 074-451147 โทรสาร : 074-451127
Email : meeting@medicine.psu.ac.th