๑๗๙



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 99
วันที่ - ม.ค. ๒๕๖๓
เวลา

ที่ สธ ๑๑๐๕.๒๘/ว๑๕๓๓

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ถนนคีรีรัฐยา จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ให้จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ อบรมระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๓ ภาคทฤษฎี ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลในจังหวัดเพชรบุรี และโรงพยาบาลต่างจังหวัด เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาพยาบาลรองรับ PCC จำนวน ๕๐ คน โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านจัดสรรบุคลากรในหน่วยงานที่สังกัดในจังหวัดของท่าน ที่จบการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) และปฏิบัติงาน PCC เข้ารับการอบรม จำนวน ๔- ๕ คน โดยส่งรายชื่อให้กับวิทยาลัยภายในวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ สำหรับรายละเอียดการสมัครสำเนาได้จากจาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางอติญาณ์ ศรเกษตริน)
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

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

๒๐ ม.ค. ๒๕๖๓

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
๒๑ ม.ค. ๖๓

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ
โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อห้อง ๑๑๒
โทรสาร ๐-๓๒- ๕๑๐๕๗๓

ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๒/๒๕๖๓

อบรมระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๑๙ มิถุนายน 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.....
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.....

หมายเหตุ *สมัครด้วยตนเองได้ที่วิทยาลัย ฯ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ /สมัครทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้*
สามารถสำเนาใบสมัครได้ จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๓

(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. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
๔. หนังสืออนุมัติให้ลาอบรม จากหน่วยงานต้นสังกัด
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน
๖. สำเนาบัตรประชาชน
๗. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
๘. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ติดใบสมัคร
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

รับสมัครผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๒/๒๕๖๓
อบรมระหว่างวันที่ ๑๑ พฤษภาคม - ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๓
ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อบรมฟรี ไม่ต้องจ่ายค่าลงทะเบียน รับจำนวนจำกัด ๕๐ คนเท่านั้น

คุณสมบัติผู้อบรม

๑. พยาบาลวิชาชีพ ที่จบการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

๒. ปฏิบัติงานในหน่วย PCC

การรับสมัคร	วันที่ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สัมภาษณ์	วันที่สอบสัมภาษณ์	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรม
ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๖ ก.พ. ๖๓	๓ มี.ค. ๖๓	๑๒ มี.ค.๖๓	๑๓ มี.ค.๖๓