สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 2543
วันที่ 2 มี.ค. 2564
เวลา

ที่ สธ ๐๓๑๙.๑/ ๖๑

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ๔๔๔ ม.๑๑ ต.ห้วยใหญ่
อ.บางละมุง จ.ชลบุรี ๒๐๑๕๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สงอายุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด
๓. แผ่นพับประชาสัมพันธ์ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อสูงอายุ จังหวัดชลบุรี ร่วมกับสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี กำหนดจัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ ตลอดจนมีความสามารถระดับสูงในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในทุกระยะของการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ โดยมีระยะเวลาอบรม ๔ เดือน ระหว่างวันที่ ๗ มิถุนายน ถึง วันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๔ รับสมัครผู้สนใจจำนวน ๓๐ คน

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อสูงอายุ จังหวัดชลบุรี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดของท่าน จึงขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์และพิจารณาส่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยไม่มีค่าลงทะเบียน Download ใบสมัคร ได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูอายุ จังหวัดชลบุรี : www.sgh.go.th ,วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี : www.bnc.ac.th/bnc ,สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ : www.snmri.go.th/snmri ,สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูอายุ : www.agingthai.dms.moph.go.th ส่งใบสมัครได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ทาง E-mail ramruja_udom@hotmail.com และส่งทางไปรษณีย์ที่ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๔๔๔ หมู่ ๑๑ ตำบลห้วยใหญ่ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๕๐ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวธรรมรุจา อุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๒ , ๐๘ ๖๓๑๗ ๗๘๐๕ ในวันและเวลาราชการ เมื่อได้รับอนุมัติรายชื่อจากทางผู้จัดและได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว สามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบของทางราชการจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตรให้บุคลากรในสังกัดทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายทัศนพงศ์ ไพรินทร์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ปฏิบัติราชการในฐานะ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

(นางประภา วัฒเนชีพ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ภารกิจด้านการพยาบาล
โทร.๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๒ /โทรสาร ๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๑

๑. ชื่อหลักสูตร

ชื่อภาษาไทย	หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ
ชื่อภาษาอังกฤษ	Training Program of Nursing Specialty in Gerontological Nursing

๒. ชื่อประกาศนียบัตร

ชื่อภาษาไทย	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
ชื่อภาษาอังกฤษ	Certificate of Nursing Specialty in Gerontological Nursing

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข

๔. วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

๑. เพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๒. การบริหารจัดการเชิงคลินิก เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เชิงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในทุกระยะของการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. โครงสร้างหลักสูตร

ระยะเวลาในการอบรม ๑๖ สัปดาห์

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร ๑๖ หน่วยกิต

ภาคทฤษฎี ๑๐ หน่วยกิต (๑๕๐ ชั่วโมง)

ภาคปฏิบัติ ๖ หน่วยกิต (๓๖๐ ชั่วโมง)

วิชาภาคทฤษฎี ๑ หน่วยกิต = ๑๕ ชั่วโมง

วิชาภาคปฏิบัติ ๑ หน่วยกิต = ๖๐ ชั่วโมง

๖. พยผส๑๐๖ (GNS ๑๐๖) วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ๓(๐-๑๒-๖) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน เรื้อรัง และที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต การจัดการปัญหาสุขภาพ และอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การชะลอความเสื่อมถอย การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ทั้งในสถานบริการและในชุมชน

๖. คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

๖.๑ ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี ก่อนเข้ารับการฝึกอบรม

๖.๒ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ยังไม่หมดอายุ

๖.๓ มีหนังสือรับรอง/ ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล) และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

๖.๔ อายุไม่เกิน ๕๕ ปี

๖.๕ ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์พิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก

๗. หลักฐานการสมัคร

๗.๑ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและแว่นตาดำ ชุดสุภาพ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๗.๒ สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า

๗.๓ สำเนาการศึกษาต่อยอด (เฉพาะทาง/ป.โท/ป.เอก ถ้ามี)

๗.๔ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ

๗.๕ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

๗.๖ สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๗.๗ สำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี) (ส่งหลักฐานพร้อมใบสมัคร)

๗.๘ หนังสืออนุมัติให้เข้ารับการอบรมจากผู้บังคับบัญชา

หมายเหตุ (ให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

๘. ค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตร

๘.๑ ไม่เสียค่าลงทะเบียนการอบรม

๘.๒ ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้เข้ารับการอบรม และเบี้ยเลี้ยง เบิกจ่ายกับต้นสังกัด

๙. ระยะเวลาการจัดการเรียนการสอน

วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ – ๒๓ กันยายน ๒๕๖๔ (๔ เดือน)

๑๐. สถานที่เรียนภาคทฤษฎี โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

๑๑. การรับสมัคร (สมัครส่งทางไปรษณีย์) รับผู้เข้ารับการอบรมจำนวน ๓๐ คน

๑๐.๑ เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป / ปิดรับสมัคร ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔

๑๐.๒ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์ในการสอบสัมภาษณ์ วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔

๑๐.๓ สอบสัมภาษณ์ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔



ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
รุ่นที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

รูปถ่าย
๑ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....
  ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศ.....นามสกุล.....
  เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
  อายุ.....ปี.....เดือน (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน.....
  สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่า / แยก ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....
  หมู่.....หมู่บ้าน.....ซอย.....ถนน.....
  ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
  รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....
  E-mail.....
  เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
  สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....หน่วยงาน/แผนก/ตึก.....
  โรงพยาบาล/สถาบัน.....
  เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
  อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
  สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่ทำงาน
- ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด.....
  ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....
  ที่ทำงาน.....เบอร์โทรศัพท์.....
  เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ.....

๒. ประวัติการศึกษา

๒.๑ การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ	สาขา	เกรดเฉลี่ย	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จ

๒.๒ การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่นๆ

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ	สาขา	เกรดเฉลี่ย	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จ

๗. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทุกประการ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร .....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๘. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ตำแหน่ง .....

ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....

ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรร่วมกันระหว่าง รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี ปีการศึกษา ๒๕๖๓

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองและความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปีการศึกษา ๒๕๖๔

๑. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/น.ส./ยศ).....นามสกุล .....

๒. สาขาที่จะศึกษาอบรม.....วันที่.....ถึงวันที่.....

๓. ชื่อ –นามสกุล ผู้รับรอง.....นามสกุล .....

ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

๓.๑ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร.....

.....

.....

๓.๒ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น/การตัดสินใจ/การแก้ปัญหา.....

.....

.....

๓.๓ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง.....

.....

.....

๓.๔ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล .....

.....

.....

๓.๕ความสามารถพิเศษอื่นๆ.....

.....

.....

๔. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงนาม .....

(.....)

วันที่ .....

* การรับสมัคร *

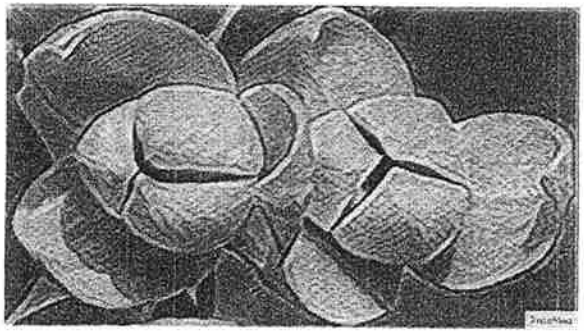
การส่งเอกสาร ผู้สมัครจะต้องส่งใบสมัคร และหลักฐานการสมัครทุกรายการที่สมบูรณ์ โดยส่งไปที่

E-mail tamruja_udom@hotmail.com

และส่งทางไปรษณีย์ที่ ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูอายุ จ.ชลบุรี
เลขที่ ๔๔๔ ม.๑๑ ต.ห้วยใหญ่

โดยลงวันที่ประทับตราจากไปรษณีย์ต้นทาง (วันที่ปิดรับสมัครเป็นอย่างช้า) หากพ้นกำหนดดังกล่าวจะถือว่าสละสิทธิ์ในการสมัคร



* หลักฐานการสมัคร *

๑) ใบสมัคร

๒) รูปถ่ายชุดข้าราชการ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป

๓) สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หรือเทียบเท่า

๔) สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

๕) สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๖) สำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล

๗) ใบอนุญาตให้เข้ารับการอบรมจากผู้บังคับบัญชา

(ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

* สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ *

น.ส.ธรรมรุจา อุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

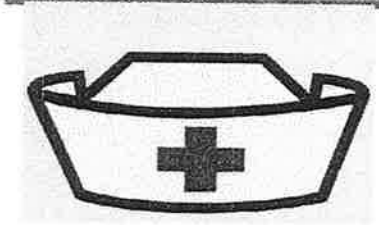
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๖ ๓๑๗ ๗๘๐๕

การรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาอบรม

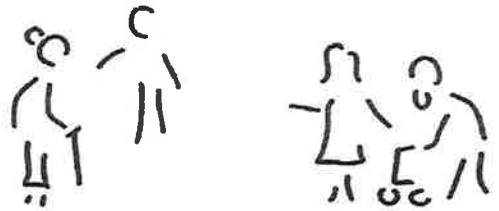
ปีการศึกษา ๒๕๖๔

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ







โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี
ร่วมกับ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีชลบุรี