สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 13927
วันที่ 22 พ.ย. 2564
เวลา

ที่ สธ ๐๓๑๒/ว ๑๔๖

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ปี พ.ศ.๒๕๖๕ รุ่นที่ ๑๗

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสถาบันฯ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน/ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครและเอกสารประกอบการรับสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะจัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ รุ่นที่ ๑๗ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติดแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ/นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติดในหน่วยงานท่านสมัครเข้ารับการอบรมส่งภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕ **โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน** ในส่วนค่าใช้จ่ายอื่นสามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยไม่ถือเป็นวันลา สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางวิมล ลักขณาภิชนชัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๑๔๐๗ ๖๙๒๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ และพิจารณาส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในหลักสูตรดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เพื่อโปรด ☐ ทราบ
☑ พิจารณาสั่งการ
☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา)
ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
22 พ.ย. 2564

ภารกิจด้านการพยาบาล 22 พ.ย. 2564
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๑ ๐๐๘๐-๗ ต่อ ๔๓๒, ๕๑๔
โทรสาร ๐ ๒๙๙๘ ๙๑๗๘

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด
Program of Nursing Specialty in Drug and Substance Abuse Users
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

หลักการและเหตุผล

ผู้ใช้ยา และสารเสพติด เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่สลับซับซ้อนส่งผลกระทบแก่ครอบครัว สังคม รวมทั้งประเทศชาติ การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นภารกิจเร่งด่วนและถือว่าเป็นวาระแห่งชาติ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ใช้ยา และสารเสพติดของพยาบาลวิชาชีพ ให้สามารถทำงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของชาติได้ ดังนั้นกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จึงได้ร่วมกันจัดทำ หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยา และสารเสพติดขึ้น เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและเกิดทักษะ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใช้ยา และสารเสพติด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใช้ยา และสารเสพติด โดยสามารถปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริม ป้องกันการใช้ยาและสารเสพติดในเด็ก เยาวชนและบุคคลทั่วไป รวมถึงบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่ใช้ยา และสารเสพติด สามารถพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพของการพยาบาลให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุน และที่สำคัญจะเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงานให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในส่วนที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

องค์ประกอบของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร ๑๗ หน่วยกิต

ภาคทฤษฎี ๑๒ หน่วยกิต

- นโยบายสุขภาพและการพยาบาล	๒	หน่วยกิต
- การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงในผู้ใช้ยาและสารเสพติด	๒	หน่วยกิต
- เภสัชบำบัดเกี่ยวกับยาเสพติด	๑	หน่วยกิต
- การพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด	๓	หน่วยกิต
- การพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติดI	๔	หน่วยกิต

ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

- ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด	๒	หน่วยกิต
- ปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด	๓	หน่วยกิต

จำนวนชั่วโมงในการอบรม

- ภาคทฤษฎี	๑๙๑.๕	ชั่วโมง
- ภาคปฏิบัติ	๓๐๐	ชั่วโมง

ระยะเวลาการอบรม ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

๑. สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาลเทียบเท่าปริญญาตรี
๒. มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอย่างน้อย ๑ ปี
๓. มีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งได้ตามกฎหมาย
๔. สามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มเวลาและครบถ้วนตลอดระยะเวลาการอบรม

การประเมินผลตลอดหลักสูตร

ภาคทฤษฎี จากการสอบข้อเขียน การสัมมนาและรายงาน ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมจะมีสิทธ์สอบเมื่อมีเวลาศึกษาภาคทฤษฎีในห้องเรียน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ของแต่ละวิชา

ภาคปฏิบัติ จากการประเมินผลตามแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล การประชุมปรึกษา การทำรายงาน และการประเมินตนเอง ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับการประเมินผลเมื่อเข้ารับการฝึกภาคปฏิบัติไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ของเวลาที่กำหนดในรายวิชา และผ่านการศึกษาดูงานตามสถานที่ที่กำหนด

สถานที่แหล่งฝึกปฏิบัติ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

๑. ไม่เสียค่าลงทะเบียน

๒. ค่าสมัคร ๓๐๐ บาท โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขารังสิต ชื่อบัญชี เงินบำรุงสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี บัญชีเลขที่ ๑๒๐-๑-๗๙๖๓๔-๒

๓. ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการอบรม (เบิกจ่ายจากต้นสังกัด)

เงื่อนไขการรับสมัคร ดำเนินการรับสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕

** สามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ http://pmnidat.go.th

ส่งแบบฟอร์มใบสมัครพร้อมเอกสาร โทรสารหมายเลข ๐ ๒๙๙๘ ๙๑๗๘ และทางไปรษณีย์มาที่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลขที่ ๖๐ ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐ (วงเล็บมุมซอง สมัครหลักสูตรเฉพาะทาง ๔ เดือน)

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ผู้ประสานงาน นางวิมล ลักขณาภิชนชัช โทร. ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐- ๗ ต่อ ๕๑๔, ๔๓๒ โทรสาร ๐ ๒๙๙๘ ๙๑๗๘ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๑๔๐๗ ๖๙๒๐

ส่งใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัคร ตามที่อยู่ดังนี้

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ภารกิจด้านการพยาบาล ตึกอำนวยการ ชั้น ๔
เลขที่ ๖๐ ถ.พหลโยธิน
ต.ประชาธิปัตย์ อ.ธัญบุรี
จ.ปทุมธานี ๑๒๑๓๐

เลขที่ใบสมัคร..... วันที่สมัคร.....

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยา และสารเสพติด
รุ่นที่ ๑๗ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

๑. ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว.....
(ภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่) Mr./Mrs./Miss.....

๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....อายุ.....ปี จังหวัด.....

๓. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ .....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์ (มือถือ).....e-mail.....

๔. สถานภาพสมรส ❑ โสด ❑ คู่ ❑ หม้าย ❑ หย่า ❑ แยกกันอยู่

๕. วุฒิการศึกษาที่ได้รับ.....ปีการศึกษาที่สำเร็จ.....

๖. ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
แผนก/หน่วย.....สังกัด(กอง/กรม/กระทรวง).....
โทรศัพท์.....ระยะเวลาการทำงาน (พ.ศ.-พ.ศ.).....
สถานที่ตั้งของหน่วยงาน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ .....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....

๗. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติ (ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ❑ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง)
- ❑ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาลเทียบเท่าปริญญาตรี
- ❑ มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอย่างน้อย ๒ ปี
- ❑ มีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลชั้นหนึ่งได้ตามกฎหมาย
- ❑ สามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มเวลา และครบถ้วนตลอดระยะเวลาการอบรม

๘. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วยแล้ว (ทำเครื่องหมาย ✓ ใน ❑ หน้ารายการเอกสารที่แนบ)
- ❑ สำเนาใบปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร ❑ สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- ❑ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาล และผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาล
- ❑ สำเนารับรองคะแนนรายวิชาในหลักสูตรการพยาบาล
- ❑ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป (ภาพถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
- ❑ หนังสือรับรองการอนุมัติสมัครเข้ารับการอบรม ❑ หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน
- ❑ ใบรับรองแพทย์ ❑ สำเนาเอกสารอื่นๆ (โปรดระบุ)

๙. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

หนังสือรับรองการขออนุมัติรับการอบรม

.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....สังกัดกรม.....
กระทรวง/ทบวง.....จังหวัด.....
รับรองว่าผู้สมัคร คือ นาย/นาง/นางสาว.....
กอง.....กรม.....กระทรวง/ทบวง.....
เป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติให้สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร.....
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ หากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรม จะต้องดำเนินการขออนุมัติเข้ารับการอบรมแบบเต็มเวลาต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงที่มีสิทธิ์อนุมัติให้เข้ารับการอบรมได้ต่อไป

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาชั้นต้นที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาสมัครเข้ารับการอบรมได้

หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
กอง.....กรม.....โทรศัพท์.....
เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาย/นาง/นางสาว.....
ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล
ณ หน่วยงาน.....เป็นเวลา.....ปี
ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง.....ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อการประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
๑. ความสามารถในการปฏิบัติงาน.....	.....	.....	.....
๒. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย.....	.....	.....	.....
๓. ทัศนคติต่อวิชาชีพ.....	.....	.....	.....
๔. มนุษยสัมพันธ์.....	.....	.....	.....
๕. ความประพฤติ.....	.....	.....	.....
๖. สุขภาพ.....	.....	.....	.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....