สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 15358
วันที่ 29 ธ.ค. 2564
เวลา

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว๑๓๖๐

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สถาบันพระบรมราชชนก
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๔ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารการสมัคร จำนวน ๒ แผ่น

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๔ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๑๔ มีนาคม - ๒๔ เมษายน ๒๕๖๕ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป ให้มีความรู้ ทักษะ เจตคติ ในการดูแลสุขภาพครอบครัวในชุมชน ตอบสนองระบบบริการปฐมภูมิ รับสมัครจำนวน ๕๐ คน ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัด

วิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) เรียบร้อยแล้ว สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แถวจันทึก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อได้โปรดประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์

(นางสาวอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์)
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒
โทรสาร ๐-๓๒- ๔๐๐๕๗๓

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เพื่อโปรด ☐ ทราบ
☑ พิจารณาสั่งการ
☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

29 ธ.ค. 2564

(นายไพศาล สุยะสา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชายแดนภาคตะวันออก ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
29 ธ.ค. 2564

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๔/๒๕๖๕

อบรมระหว่างวันที่ ๑๔ มีนาคม - ๒๒ เมษายน ๒๕๖๕ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ติดรูปถ่าย ขนาด ๑ นิ้ว

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 สามารถสำเนาใบสมัครได้ จาก website ของวิทยาลัย ฯ **www.pckpb.ac.th**

หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง วันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

อาจารย์สถาพร แถวจันทึก (๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑)

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. สำเนาทะเบียนบ้าน

๕. สำเนาบัตรประชาชน

๖. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป

๘. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชา และอนุมัติให้สามาอบรมได้จากต้นสังกัด

๙. 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 - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของ**ผู้สมัคร**
กรณี ร.พ. ชุมชน /ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ
กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพสต. คือ สาธารณสุขอำเภอ

รายละเอียดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๔

อบรมภาคทฤษฎี สัปดาห์ ที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ – ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๕

สัปดาห์ ที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๑๘ – ๒๒ เมษายน ๒๕๖๕

อบรม ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อบรมภาคปฏิบัติ สัปดาห์ ที่ ๒ - ๕ ระหว่างวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕

ถึงวันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๕

โดยฝึกภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ในจังหวัดและต่างจังหวัด

ตามที่วิทยาลัยฯกำหนด

-สมัครได้ตั้งแต่วันนี้ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕