สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
เลขรับ: 19049
วันที่รับ: 6/11/2569
เวลารับ: 09:09

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ: 4896
วันที่รับ: 6/11/2569
เวลารับ: 10:19

ด่วนที่สุด บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล โทร. ๐ ๔๔๒๔ ๕๑๘๘

ที่ สธ ๐๒๓๔/ว๗๙๑ **วันที่** ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๙

เรื่อง ประชาสัมพันธ์โควตาเข้าอบรม หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง" ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๙

ตามหนังสือสถาบันโรคทรวงอก ที่ สธ ๐๓๑๖/๖๐๗๖ ลงวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๙ ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จัดหลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง" ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐ จำนวน ๒ หลักสูตร ดังนี้

๑. หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด" ระยะเวลาอบรม แบ่งเป็น ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ (รุ่นที่ ๓๐)	ภาคทฤษฎี	วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๗๐
	ภาคปฏิบัติ	วันที่ ๑ เมษายน - ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๗๐
รอบที่ ๒ (รุ่นที่ ๓๑)	ภาคทฤษฎี	วันที่ ๗ เมษายน - ๔ มิถุนายน ๒๕๗๐
	ภาคปฏิบัติ	วันที่ ๗ มิถุนายน - ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๗๐

โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต สามารถสมัครเข้ารับการอบรมในรอบที่ ๒ เขตละ ๒ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ ประกาศผลการคัดเลือกวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๙ ค่าลงทะเบียน คนละ ๕๕,๐๐๐ บาท

๒. หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ" รุ่นที่ ๑๕ ระยะเวลาอบรม วันที่ ๕ พฤษภาคม - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๗๐ (ภาคทฤษฎี) และวันที่ ๑ กรกฎาคม - ๒๗ สิงหาคม ๒๕๗๐ (ภาคปฏิบัติ) โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต สามารถสมัครเข้ารับการอบรม เขตละ ๑ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ - ๒๙ มกราคม ๒๕๗๐ ประกาศผลการคัดเลือกวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๗๐ ค่าลงทะเบียน คนละ ๕๕,๐๐๐ บาท

สถาบันโรคทรวงอกจึงขอความอนุเคราะห์เขตสุขภาพ ประชาสัมพันธ์และคัดเลือกบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัด ให้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรดังกล่าว นั้น

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ ขอประชาสัมพันธ์และเชิญชวนบุคลากรในสังกัดของท่าน สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อเข้ารับการอบรมในหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด รอบที่ ๒ รุ่นที่ ๓๐ จำนวน ๒ โควตา และสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ รุ่นที่ ๑๕ จำนวน ๑ โควตา โดยมีค่าลงทะเบียนต่อหลักสูตร คนละ ๕๕,๐๐๐ บาท โดยส่งใบสมัครให้สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙ **ภายในวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๙** สามารถดาวน์โหลดรายละเอียดและใบสมัคร ได้ที่ www.ccit.go.th และเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

(นายอนันต์ กนกศิลป์)
สาธารณสุขนิเทศก์
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ: 1845
วันที่รับ: 26/10/2569
เวลารับ: 15:21

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 9
เลขรับ: 4700
วันที่รับ: 26/10/2569
เวลารับ: 14:36

ที่ สธ ๐๓๑๖/๖๐๗๖

สถาบันโรคทรวงอก
๗๔ ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์โควตาเข้าอบรม หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง" ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙

ด้วยภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จัดหลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง" ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐ จำนวน ๒ หลักสูตร ดังนี้

๑. หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด" ระยะเวลาอบรม แบ่งเป็น ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ (รุ่นที่ ๓๐) ภาคทฤษฎี วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๗๐
ภาคปฏิบัติ วันที่ ๑ เมษายน – ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๗๐
รอบที่ ๒ (รุ่นที่ ๓๑) ภาคทฤษฎี วันที่ ๗ เมษายน – ๔ มิถุนายน ๒๕๗๐
ภาคปฏิบัติ วันที่ ๗ มิถุนายน – ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๗๐

โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต สามารถสมัครเข้ารับการอบรมในรอบที่ ๒ เขตละ ๒ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ ประกาศผลการคัดเลือกวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๙ ค่าลงทะเบียน คนละ ๕๕,๐๐๐ บาท

๒. หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ" รุ่นที่ ๑๕ ระยะเวลาอบรม วันที่ ๕ พฤษภาคม – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๗๐ (ภาคทฤษฎี) และ วันที่ ๑ กรกฎาคม – ๒๗ สิงหาคม ๒๕๗๐ (ภาคปฏิบัติ) โดยสถาบันโรคทรวงอกให้โควตาพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๓ เขต สามารถสมัครเข้ารับการอบรม เขตละ ๑ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ – ๒๙ มกราคม ๒๕๗๐ ประกาศผลการคัดเลือกวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๗๐ ค่าลงทะเบียน คนละ ๕๕,๐๐๐ บาท

สถาบันโรคทรวงอก ขอความอนุเคราะห์เขตสุขภาพ ประชาสัมพันธ์และคัดเลือกบุคลากรโรงพยาบาลในสังกัดเขตสุขภาพของท่าน ให้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรฯ ดังกล่าว โดยสามารถ Download เอกสารประชาสัมพันธ์รายละเอียดและใบสมัครได้ที่เว็บไซต์สถาบันโรคทรวงอก www.ccit.go.th >> หมวดข่าวสาร >> โครงการอบรม ทั้งนี้ สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเขตต์ ศรีประทักษ์)
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙
-จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ
-สถาบันโรคทรวงอกประชาสัมพันธ์โควตาเข้าอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ
-เห็นควรมอบคุณสุพัชราดำเนินการต่อไป

สุดารัตน์ นพขุนทด
(นางสาวสุดารัตน์ นพขุนทด)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ภารกิจด้านการพยาบาล
โทร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒
โทรสาร ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๕๑

ทราบ/เห็นชอบตามเสนอ

(นายอนันต์ กนกศิลป์)
สาธารณสุขนิเทศก์
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๙

เปิดรับสมัคร ประจำปี 2570

หลักสูตรฝึกอบรม
"การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด"

ระยะเวลาฝึกอบรม จำนวน 4 เดือน

รอบที่ 1 (รุ่นที่ 30)

ภาคทฤษฎี วันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 มีนาคม 2570
ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 เมษายน - 28 พฤษภาคม 2570

รอบที่ 2 (รุ่นที่ 31)

ภาคทฤษฎี วันที่ 7 เมษายน - 4 มิถุนายน 2570
ภาคปฏิบัติ วันที่ 7 มิถุนายน - 30 กรกฎาคม 2570

ระยะเวลาในการรับสมัคร

ตั้งแต่บัดนี้ - 30 พฤศจิกายน 2569
ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก วันที่ 28 ธันวาคม 2569

รับจำนวน : 40 คน/รุ่น

อัตราค่าลงทะเบียน 55,000 บาท

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ :
นางสาวบุชจรี สุขสุนทร / นางสาวภัณภิรมย์ มาเนียม /
นางสาวเตือนใจ โพธิประดับ
งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานอิชาการพยาบาล
ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก

SCAN QR CODE
ใบสมัครและหนังสือรับรอง

SCAN QR CODE
รายละเอียดหลักสูตร



ใบสมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด" รุ่นที่ 30 – 31 ปีงบประมาณ 2570 สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

☐ <u>รอบที่ 1</u> รุ่นที่ 30 (ผู้สมัคร)

ภาคทฤษฎี วันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 มีนาคม 2570

ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 เมษายน – 28 พฤษภาคม 2570

☐ <u>รอบที่ 2</u> รุ่นที่ 31 (โควตาเขตบริการสุขภาพ)

ภาคทฤษฎี วันที่ 7 เมษายน – 4 มิถุนายน 2570

ภาคปฏิบัติ วันที่ 7 มิถุนายน – 30 กรกฎาคม 2570

<u>กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน</u>

1. ข้อมูลผู้สมัคร

1.1 นาง/น.ส./นาย ชื่อ.....นามสกุล.....

1.2 NAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....SURNAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....

1.3 วัน เดือน ปี เกิด.....

1.4 อายุ .....ปี

1.5 เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).....วันหมดอายุ.....

1.6 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....วันหมดอายุ.....

1.7 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

1.8 ผ่านการอบรม ACLS Provider Course ☐ เคยอบรม ☐ ไม่เคยอบรม (ในกรณีผ่านการอบรมมาแล้วให้แนบสำเนาใบประกาศนียบัตร)

2. วุฒิการศึกษา

☐ ปริญญาตรี สาขา.....

☐ ปริญญาโท / เอก สาขา.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ชื่อโรงพยาบาล.....☐ ภาครัฐบาล ☐ ภาคเอกชน เขตพื้นที่บริการที่.....

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(นับตั้งแต่วันสำเร็จการศึกษา).....ปี.....เดือน

ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี

ตำแหน่ง.....ระดับ.....

ที่อยู่ (ที่ทำงาน).....

ที่อยู่ (ปัจจุบัน).....

โทรศัพท์มือถือ.....ID LINE.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

E-mail .....

ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....








หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

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

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....
กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....
โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....
ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย.....
ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล ณ หน่วยงาน .....เป็นเวลา .....ปี .....เดือน
(นับถึงวันสุดท้ายของการเปิดฝึกอบรม)

ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน			
2. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย			
3. เจตคติต่อวิชาชีพ			
4. มนุษย์สัมพันธ์			
5. สุขภาพ			
6. ความประพฤติ			

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



หนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....

ผู้สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้าพเจ้าขอรับรองต่อ ประธานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่จัดฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ หน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้ นาง/นางสาว/นาย..... เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรฯ กับ สถาบันโรคทรวงอก โดยไม่ถือเป็นการลา หรือขาดการปฏิบัติงาน

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. หากผู้มีสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบตามที่หลักสูตรฯกำหนด โดยไม่แจ้งเหตุจำเป็นสุดวิสัยอย่างเป็นทางการต่อผู้จัดอบรม ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมครั้งต่อไป และจะมีหนังสือแจ้งรายงานต่อผู้มีอำนาจอนุมัติต่อไป

เปิดรับสมัค ประจำปี 2570

จังหวัดนนทบุรี

CENTRAL CHEST CCIT INSTITUTE OF THAILAND

VDMS Value-based Excellence MAKE DMS EXCELLENCE AGAIN

หลักสูตรฝึกอบรม

การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ (ARN) รุ่นที่ 15

ค่าลงทะเบียน
55,000 บาท

ระยะเวลาฝึกอบรม
4 เดือน

รับจำนวน
30 คน

ภาคทฤษฎี
5 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2570

ภาคปฏิบัติ
1 กรกฎาคม - 27 สิงหาคม 2570

รายละเอียดหลักสูตร

ระยะเวลาในการรับสมัคร
ตั้งแต่บัดนี้ - 29 มกราคม 2570

ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก
24 กุมภาพันธ์ 2570

ใบรับสมัครและหนังสือรับรอง

ติดต่อสอบถาม

งานถ่ายทอดการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก
02-547-0999 ต่อ 30202 ccit.educational@gmail.com www.ccit.go.th



ใบสมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรม "การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ" ปีงบประมาณ 2570 รุ่นที่ 15
สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ภาคทฤษฎี วันที่ 5 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2570
ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 กรกฎาคม – 27 สิงหาคม 2570

<u>กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและชัดเจน</u>

1. **ข้อมูลผู้สมัคร**
   - 1.1 นาง/น.ส./นาย ชื่อ.....นามสกุล.....
   - 1.2 NAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....SURNAME (ตัวพิมพ์ใหญ่).....
   - 1.3 วัน เดือน ปี เกิด.....
   - 1.4 อายุ .....ปี
   - 1.5 เลขที่บัตรประชาชน (13 หลัก).....วันหมดอายุ.....
   - 1.6 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....วันหมดอายุ.....
   - 1.7 เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
   - 1.8 ผ่านการอบรม ACLS Provider Course ☐ เคยอบรม ☐ ไม่เคยอบรม (ในกรณีผ่านการอบรมมาแล้วให้แนบสำเนาใบประกาศนียบัตร)
2. **วุฒิการศึกษา**
   - ☐ ปริญญาตรี สาขา.....
   - ☐ ปริญญาโท / เอก สาขา.....

สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน

ชื่อโรงพยาบาล.....☐ ภาครัฐบาล ☐ ภาคเอกชน เขตพื้นที่บริการที่.....
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน(นับตั้งแต่วันสำเร็จการศึกษา).....ปี.....เดือน
ชื่อหน่วยงานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....ระยะเวลาที่อยู่ในหน่วยงานปัจจุบัน.....ปี
ตำแหน่ง.....ระดับ.....
ที่อยู่ (ที่ทำงาน).....
ที่อยู่ (ปัจจุบัน).....
โทรศัพท์มือถือ.....ID LINE.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
E-mail .....

ออกใบเสร็จค่าลงทะเบียนในนาม (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อผู้สมัคร.....
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

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

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ข้าพเจ้า.....
ตำแหน่ง.....สังกัดโรงพยาบาล.....
กรม.....กระทรวง.....จังหวัด.....
โทรศัพท์มือถือ.....
เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....
ขอรับรองว่า นาง/นางสาว/นาย.....
ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล ณ หน่วยงาน .....เป็นเวลา .....ปี .....เดือน
(นับถึงวันสุดท้ายของการเปิดฝึกอบรม)

ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
1. ความสามารถในการปฏิบัติงาน			
2. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย			
3. เจตคติต่อวิชาชีพ			
4. มนุษย์สัมพันธ์			
5. สุขภาพ			
6. ความประพฤติ			

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา อาทิเช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



หนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ผู้บังคับบัญชาของ นาง/นางสาว/นาย.....
ผู้สมัครเข้ารับการอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ

ข้าพเจ้าขอรับรองต่อ ประธานหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่โรคระบบหายใจ ที่จัดฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ หน่วยงานต้นสังกัดยินยอมและสนับสนุนให้ นาง/นางสาว/นาย..... เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรฯ กับ สถาบันโรคทรวงอก โดยไม่ถือเป็นการลา หรือขาดการปฏิบัติงาน

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

หมายเหตุ

1. ผู้ลงนามคือ ผู้บังคับบัญชา ที่มีสิทธิ์อนุมัติให้มาเข้าอบรมได้ตลอดหลักสูตร อาทิ เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สังกัด/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล/ หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลหรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. หากผู้มีสิทธิ์เข้ารับการฝึกอบรมไม่สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ครบตามที่หลักสูตรฯกำหนด โดยไม่แจ้งเหตุจำเป็นสุดวิสัยอย่างเป็นทางการต่อผู้จัดอบรม ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเข้ารับการฝึกอบรมครั้งต่อไป และจะมีหนังสือแจ้งรายงานต่อผู้มีอำนาจอนุมัติต่อไป

เรียน นพ.สสจ.สุรินทร์

ด้วย เขตสุขภาพที่ 9 ขอประชาสัมพันธ์อบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง ประจำปีงบประมาณ 2570 จัดโดย สถาบันทรวงอก ร่วมกับ วพน.นนทบุรี จำนวน 2 หลักสูตร

ในการนี้เห็นควรประชาสัมพันธ์ ผ่านเว็บ สสจ.สุรินทร์ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

นิตยา

นางสาวนิตยา หวังสุดดี
นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ
9 พ.ย. 69

☐ ทราบ ☐ อนุมัติ
☑ ชอบ ☐ ลงนามแล้ว
☐ มอบ .....
.....

(นางจุฑารัตน์ บุตรดีขันธ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี
ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินท