



ที่ สร ๐๐๓๓.๐๑๐.๐๒/๐ ๒๕๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์  
ถนนกรุงศรีนอก อำเภอเมืองสุรินทร์  
จังหวัดสุรินทร์ ๓๒๐๐๐

๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำทางการพยาบาล รุ่นที่ ๓  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศีขรภูมิ  
และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๔๖/ว๒๖๒๔๕  
ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้วิทยาลัยนักระบาดวิทยาสาธารณสุข  
ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำทางการพยาบาล รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ กำหนด  
การอบรมแบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ วันที่ ๑๖ - ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ การอบรมรูปแบบในชั้นเรียน ณ วิทยาลัยนักระบาดวิทยา  
สาธารณสุข (หลวงพ่อบึงอุปถัมภ์) ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ระยะที่ ๒ วันที่ ๒๐ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ การอบรมรูปแบบออนไลน์

ระยะที่ ๓ วันที่ ๒๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ การอบรมรูปแบบในชั้นเรียน ณ วิทยาลัยนักระบาดวิทยา  
สาธารณสุข (หลวงพ่อบึงอุปถัมภ์) ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ขอเชิญผู้สนใจที่มีคุณสมบัติตรงตามที่หลักสูตร  
กำหนดสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว สำหรับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ส่งแบบบัญชี  
รายชื่อพร้อมใบสมัครไปยังวิทยาลัยนักระบาดวิทยาสาธารณสุขโดยตรง สำหรับโรงพยาบาลชุมชน จัดส่งแบบบัญชี  
รายชื่อพร้อมใบสมัครมาที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์  
ภายในวันพุธที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ หากพ้นกำหนด ถือว่าสละสิทธิ์ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร ๐ ๔๔๕๑ ๘๔๐๒-๕ ต่อ ๑๓๓

โทรสาร ๐ ๔๔๕๑ ๒๓๕๓

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban\_sm@moph.go.t

(นายอภิสิทธิ์ บุญประดับ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

“รู้หน้าที่ มีน้ำใจ ใส่ใจส่วนรวม”

งานพัฒนาบุคลากร  
รับเลขที่ 2131  
วันที่ 15 พ.ย. 2565 เวลา 15.22 น.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์  
รับเลขที่ 16575  
วันที่ 15 พ.ย. 2565

ที่ สธ ๐๒๔๖/ก๒๖๒๕๕

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง การรับสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบหมายให้วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข  
จัดอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพทางการบริหาร  
ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต ให้กับทีมบริหารการพยาบาล  
โรงพยาบาลในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากข้อมูลพบว่า กลุ่มเป้าหมายผู้นำการพยาบาลมีความต้องการ  
ในการพัฒนาจำนวนมากกว่างบประมาณที่ได้รับในแต่ละปี วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุขจึงได้ร่วมกับสมาคม  
นักรบริหารสาธารณสุขจัดอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ ๓ แบบลงทะเบียนเป็นค่าใช้จ่าย  
ในการฝึกอบรมคนละ ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) ไม่รวม ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ  
ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ซึ่งค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสามารถเบิกได้ตามระเบียบ  
กระทรวงการคลัง กำหนดการฝึกอบรมแบ่งเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ วันที่ ๑๖ - ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ การอบรมรูปแบบในชั้นเรียน ณ วิทยาลัย  
นักรบริหารสาธารณสุข (หลวงพ่เป็นอุปถัมภ์) ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ระยะที่ ๒ วันที่ ๒๐ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ การอบรมรูปแบบออนไลน์

ระยะที่ ๓ วันที่ ๒๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ การอบรมรูปแบบในชั้นเรียน ณ วิทยาลัย  
นักรบริหารสาธารณสุข (หลวงพ่เป็นอุปถัมภ์) ตำบลบางแก้วฟ้า อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอเชิญผู้สนใจที่มีคุณสมบัติตรงตามที่หลักสูตร  
กำหนดสมัครเข้ารับการฝึกอบรมผ่านต้นสังกัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
รวบรวมบัญชีรายชื่อพร้อมใบสมัครระดับจังหวัดส่งไปยังวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข อาคาร ๖ ชั้น ๗  
ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ ภายในวันศุกร์ที่  
๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดรายละเอียดการรับสมัครเข้ารับการฝึกอบรม ได้ที่เว็บไซต์  
<https://cpha.moph.go.th> หรือผ่านทาง QR Code ที่ปรากฏท้ายหนังสือ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



รายละเอียดการสมัคร

วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๒๗ ต่อ ๑๙

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๘๑๐

(นางสาวสุดคณิง ฤทธิธำชัย)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข



รายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ ๓  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ชื่อหลักสูตร

หลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

๑. วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. สมาคมนักรบริหารสาธารณสุข

๓. หลักการและเหตุผล

ผู้นำการพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ให้บรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุขได้พัฒนาหลักสูตรผู้นำการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อพัฒนาทีมบริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลหรือสถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้มีความพร้อมสามารถบริหารการเปลี่ยนแปลงและบริหารเชิงกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

จากข้อมูลพบว่า กลุ่มเป้าหมายผู้นำการพยาบาลมีความต้องการในการพัฒนาจำนวนมากกว่างบประมาณที่ได้รับในแต่ละปี วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุขจึงได้ร่วมกับสมาคมนักรบริหารสาธารณสุขจัดอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ ๓ แบบลงทะเบียน ซึ่งค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมสามารถเบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาลรุ่นที่ ๓ เป็นหลักสูตรที่พัฒนาขึ้นจากผลของการดำเนินงานหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ผ่านมา และตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีต่อเศรษฐกิจ สังคม เพื่อพัฒนาผู้นำการพยาบาลให้สมรรถนะด้านผู้นำ ด้านการบริหาร และด้านบริหารยุทธศาสตร์ มีองค์ความรู้ ทักษะในการบริหารการเปลี่ยนแปลงและการบริหารเชิงกลยุทธ์ ตลอดจนมีเจตคติที่ดี อันจะส่งผลให้สามารถบริหารการพยาบาล ให้มีคุณภาพ มาตรฐาน สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และระบบบริการสุขภาพของประเทศ

๔. วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

- ๑ สมรรถนะด้านผู้นำ
- ๒ สมรรถนะด้านการบริหาร
- ๓ สมรรถนะด้านการบริหารยุทธศาสตร์

## ๕. โครงสร้างหลักสูตร

โครงสร้างหลักสูตรผู้นำการพยาบาล เน้นการพัฒนาความรู้ ประสบการณ์ และฝึกทักษะทางการบริหาร ตามสมรรถนะของผู้นำการพยาบาล ประกอบด้วย ๔ หมวดวิชา จำนวน ๑๐๕ ชั่วโมง ได้แก่

หมวดที่ ๑ หมวดวิชาผู้นำ (Leadership) จำนวน ๒๑ ชั่วโมง

๑. การพัฒนาบุคลิกภาพและทักษะทางสังคมสำหรับผู้บริหาร
๒. ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อการทำงานที่เป็นเลิศ
๓. ทักษะการสื่อสารสำหรับผู้นำ
๔. การบริหารจัดการภาวะวิกฤตสำหรับผู้นำพยาบาล
๕. การเพิ่มสมรรถนะการ Coach
๖. การเจรจาต่อรองสำหรับผู้นำการพยาบาล

หมวดที่ ๒ หมวดวิชาการบริหาร (Management) จำนวน ๕๕ ชั่วโมง

๑. การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและการบริหารการเปลี่ยนแปลง
๒. การคิดเชิงกลยุทธ์เพื่อการจัดองค์กรแนวใหม่
๓. การบริหารจัดการองค์กรพยาบาล
๔. สารสนเทศเพื่อการบริหารโรงพยาบาลและองค์กรพยาบาล
๕. หลุมพรางการบริหารการเงิน บัญชี และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับผู้นำทางการพยาบาล
๖. สัมมนาหัวข้อ “การบริหารทางการพยาบาล” (การศึกษารายกลุ่ม Group Study)
๗. ศึกษาดูงาน “กลยุทธ์การบริหารธุรกิจบริการสุขภาพและการสร้างภาพลักษณ์องค์กร”
๘. Lean in Health Care
๙. อภิปราย “การจัดการการสร้างคุณค่าทางการพยาบาล (Value-based Nursing)”

หมวดที่ ๓ หมวดวิชายุทธศาสตร์ (Strategy) จำนวน ๖ ชั่วโมง

๑. นโยบายสุขภาพและทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน
๒. การวางแผนและยุทธศาสตร์ในระบบสุขภาพ

หมวดที่ ๔ หมวดกิจกรรมเสริมหลักสูตร จำนวน ๒๓ ชั่วโมง

๑. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
๒. การประเมินตนเองเพื่อทำแผนการพัฒนาดตนเอง
๓. ศึกษาแนวทางการประยุกต์องค์ความรู้เพื่อการบริหารทางการพยาบาลด้วยตนเอง
๔. ทบทวนและสรุปผลการเรียนรู้
๕. AAR
๖. สรุปและนำเสนอผลการเรียนรู้ตลอดหลักสูตร

## ๖. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าพยาบาล หรือผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาล หรือหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลหรือ สถาบันทางการแพทย์และสาธารณสุขนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔๐ คน โดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. มีประสบการณ์บริหารงานในหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี และมีอายุราชการ เหลือไม่น้อยกว่า ๕ ปี (นับถึง ตุลาคม ๒๕๖๖)
๒. มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายสมบูรณ์ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม กิจกรรมต่าง ๆ ของการอบรม
๓. สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ตลอดหลักสูตร
๔. ไม่อยู่ในระหว่างการถูกสอบสวนทางวินัย
๕. ผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการของหน่วยงาน และคณะกรรมการคัดเลือก

## ๗. ระยะเวลาและสถานที่

ระหว่างวันที่ ๑๖ มกราคม - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ โดยแบ่งการอบรมเป็น ๓ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ (Face to Face training) ณ วิทยาลัย นักบริหารสาธารณสุข (หลวงพ่เป็นอุปถัมภ์) ต.บางแก้วฟ้า อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม

ระยะที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ (Online training) ในสถานที่ที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถร่วมอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ (Face to Face training) ณ วิทยาลัย นักบริหารสาธารณสุข (หลวงพ่เป็นอุปถัมภ์) ต.บางแก้วฟ้า อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม

## ๘. วิธีดำเนินการ

เป็นการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended learning) ระหว่างการฝึกอบรมแบบออนไลน์ (Online Training) และการฝึกอบรมแบบเผชิญหน้า (Face-to-face Training) เน้นให้เกิดการเรียนรู้ แบบ Active Learning เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ ผ่านการปฏิบัติที่หลากหลายรูปแบบ ให้เหมาะสมกับเนื้อหา และกิจกรรมการฝึกอบรมในแต่ละประเด็น ดังนี้

๑. การศึกษาแบบกลุ่ม (Group Study)
๒. การประชุมระดมสมอง (Brainstorming)
๓. การฝึกปฏิบัติ (Practicing)
๔. การอภิปราย (Discussion)

๕. การแลกเปลี่ยนความคิด (Think – Pair – Share)
๖. การสะท้อนความคิด (Reflection)
๗. การวิเคราะห์กรณีศึกษา (Case Study)
๘. การใช้เกมส์ (Games-based Learning)
๙. การศึกษาด้วยตนเอง (Self-Study)

#### ๙. งบประมาณ

สำหรับผู้เข้ารับการอบรม เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด ดังนี้

๑. ผู้เข้าอบรมลงทะเบียนกับสมาคมผู้บริหารสาธารณสุข โดยเก็บเป็นค่าลงทะเบียน คนละ ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ค่าวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการใช้และการตกแต่งสถานที่ฝึกอบรม ค่าประกาศนียบัตร ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าสมนาคุณวิทยากร ค่าอาหาร ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าเช่ารถตู้อากาศ ค่าใช้จ่ายวิทยากรและ ทีมดำเนินการจัดอบรม

๒. ค่าใช้ในการเดินทางของผู้เข้ารับการอบรมจากภูมิลำเนา ถึงสถานที่จัดอบรม (ไป-กลับ) ค่าเบี้ยเลี้ยง ตามที่จ่ายจริง

#### ๑๐. การวัดและประเมินผล

ในการประเมินรายกิจกรรม ผู้เข้าอบรมต้องได้คะแนนด้านวิชาการและด้านพฤติกรรมรวมกัน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ และต้องมีเวลาการเข้าอบรมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ของแต่ละช่วงระยะเวลาการอบรม จึงจะถือว่าผ่านการอบรม

#### ๑๑. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑๑.๑ ผู้ผ่านการฝึกอบรมสามารถเป็นผู้นำทางการพยาบาล บริหารองค์กรอย่างสร้างสรรค์

๑๑.๒ พัฒนาระบบบริหารและระบบบริการด้านการพยาบาลที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน



แนวทางการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

### คุณสมบัติผู้สมัคร

๑. ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าพยาบาล หรือผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล หรือหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หรือหัวหน้างานการพยาบาล โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลหรือสถาบันทางการแพทย์ และสาธารณสุขนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้
  ๒. มีประสบการณ์บริหารงานในหน้าที่มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี และมีอายุราชการเหลือไม่น้อยกว่า ๕ ปี (นับถึง ตุลาคม ๒๕๖๖)
  ๓. มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายสมบูรณ์ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของการอบรม
  ๔. สามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้ตลอดหลักสูตร
  ๕. ไม่อยู่ในระหว่างการถูกสอบสวนทางวินัย

### ขั้นตอนการสมัคร

๑. กรอกเอกสารใบสมัครให้ครบถ้วน เสนอผู้บังคับบัญชาลงนาม และผ่านการเสนอพิจารณารายชื่อจากต้นสังกัด
๒. ต้นสังกัดดำเนินการส่งเอกสารการสมัครตามขั้นตอนระเบียบสารบรรณ
๓. ผู้สมัครติดตามประกาศรายชื่อผู้ได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรมได้ที่ เว็บไซต์วิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุข <https://cpha.moph.go.th> และวิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุขจะส่งเอกสารแจ้งหน่วยงานต้นสังกัด  
หมายเหตุ: ผู้ผ่านการคัดเลือกมีค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมเป็นค่าลงทะเบียนคนละ ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) ไม่รวม ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้เข้ารับการฝึกอบรมจากภูมิลำเนา ถึงสถานที่จัดฝึกอบรม ไป-กลับ (ในการฝึกอบรมระยะที่ ๑ และ ๓) ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง

### การส่งชื่อผู้สมัครให้วิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุข สำหรับหน่วยงานต้นสังกัด

๑. หน่วยงานต้นสังกัด รวบรวมและพิจารณาส่งรายชื่อผู้สมัครเข้ารับการอบรม โดยส่งแบบบัญชีรายชื่อ พร้อมแนบใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและผ่านการรับรองจากผู้บังคับบัญชาแล้ว

#### ๑.๑ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

- ๑.๑.๑ พิจารณาคัดเลือกและส่งรายชื่อผู้สมัครโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้แทน
- ๑.๑.๒ ส่งเอกสารการสมัครถึงวิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุข ภายในวันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

### ๑.๒ โรงพยาบาลชุมชน

- ๑.๒.๑ พิจารณาคัดเลือกและส่งรายชื่อผู้สมัครระดับโรงพยาบาลโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้แทน
- ๑.๒.๒ พิจารณาคัดเลือกและส่งรายชื่อผู้สมัครระดับจังหวัดโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้แทน
- ๑.๒.๓ ส่งเอกสารการสมัครถึงวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข ภายในวันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

### ๑.๓ โรงพยาบาลในสังกัดกรม

- ๑.๓.๑ พิจารณาคัดเลือกและส่งรายชื่อผู้สมัครระดับโรงพยาบาล/สถาบันโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน/ผู้แทน
- ๑.๓.๒ พิจารณาคัดเลือกและส่งรายชื่อผู้สมัครระดับกรมโดยอธิบดีกรม/ผู้แทน
- ๑.๓.๓ ส่งเอกสารการสมัครถึงวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข ภายในวันศุกร์ที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕

**\*\*กรณีมีผู้สมัครมากกว่า ๑ ราย โปรดพิจารณาจัดลำดับความสำคัญก่อน-หลัง\*\***

### สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ดวงทิพย์ ก่อกิจงาม โทร ๐๒ ๕๙๐ ๑๙๒๗ ต่อ ๑๙  
พรพิมล เป็เลียนภักดิ์ โทร ๐๒ ๕๙๐ ๑๙๒๗ ต่อ ๑๒



ติดรูปถ่าย

ใบสมัครหลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ 3 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

1. ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....อายุ.....ปี.....เดือน ( นับถึงวันที่เปิดการอบรม )
3. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย ( ) หย่า
4. ศาสนา.....
5. เลขประจำตัวประชาชน.....
6. วันที่บรรจุเข้ารับราชการ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน ( นับถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 )
7. ตำแหน่งทางการบริหาร.....วันที่ได้รับการแต่งตั้ง...../...../.....
8. ตำแหน่งทางวิชาชีพ.....ระดับ.....วันที่ได้รับการแต่งตั้ง...../...../.....
9. โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน/ที่ทำงาน.....
10. e-mail address..... ID line.....
11. สถานที่ปฏิบัติงาน.....กลุ่มงาน.....แผนก.....  
เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
12. ระดับการศึกษา ( ระบุชื่อวุฒิบัตร , สาขาวิชาที่สำเร็จ )  
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร.....สาขา.....สถาบัน.....  
ปริญญาตรี.....สาขา.....สถาบัน.....  
ปริญญาโท.....สาขา.....สถาบัน.....  
ปริญญาเอก.....สาขา.....สถาบัน.....  
อื่นๆ.....สาขา.....สถาบัน.....

**คำรับรองของผู้สมัครเข้ารับการอบรม** ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)

**คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ( ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการสถาบัน )**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ.....

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้ผู้สมัคร เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในหลักสูตร พร้อมทั้งได้กั้นเงินงบประมาณเพื่อใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมครั้งนี้แล้ว

ลงชื่อ.....  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

แบบบัญชีรายชื่อสำหรับโรงพยาบาลชุมชน

แบบบัญชีรายชื่อผู้สมัคร หลักสูตรฝึกอบรมผู้นำการพยาบาล รุ่นที่ 3 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

เขตบริการสุขภาพที่..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ..... หน่วยงานต้นสังกัด โรงพยาบาล .....

| ลำดับ | ชื่อ - สกุล | เลขประจำตัวประชาชน | ตำแหน่ง | หน้าที่ทางการบริหาร | สถานที่ปฏิบัติงาน | การปฏิบัติหน้าที่ทางการบริหาร<br>(ระบุ วัน/เดือน/ปี) | วันเกษียณอายุราชการ<br>(ระบุ วัน/เดือน/ปี) |
|-------|-------------|--------------------|---------|---------------------|-------------------|--|--|
| 1     |             |                    |         |                     |                   |  |  |
| 2     |             |                    |         |                     |                   |  |  |
| 3     |             |                    |         |                     |                   |  |  |
| 4     |             |                    |         |                     |                   |  |  |

หมายเหตุ 1. โรงพยาบาลชุมชน ให้ส่งรายชื่อเพื่อรวบรวมและพิจารณาคัดเลือกพร้อมเรียงลำดับรายชื่อโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. กรุณากรอกแบบบัญชีรายชื่อให้ครบทุกข้อ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับคณะกรรมการในการพิจารณาคัดเลือก

3. กรณีมีรายชื่อผู้สมัครมากกว่า 1 คน กรุณาเรียงลำดับตามความสำคัญ ก่อน - หลัง

4. ส่งแบบบัญชีรายชื่อผู้สมัครและเอกสารใบสมัคร ถึงกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ภายในวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

ชื่อผู้ประสานงานหน่วยงานต้นสังกัด นางสาวสุพรรณษา ศรีอินทร์ มือถือ 061-0306521

ชื่อผู้ประสานงานวิทยาลัยนักษิหารสาธารณสุข ดงวิทย์ ก่อกิจงาม โทรศัพทท์ 0 2590 1927-8 ต่อ 19

พรพิมล เป็เลียนภักดี โทรศัพทท์ 0 2590 1927-8 ต่อ 12

|   |
|---|
| คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้แทน) |
| ลงนาม.....  |
| ตำแหน่ง.....  |