

งานพัฒนาบุคลากร
รับเลขที่ ๑๓
วันที่ 19 ม.ค. 2565 เวลา ๑.๒๑ น.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่ ๓๖๓
วันที่ 18 ม.ค. ๒๕๖๕

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว๘

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถาบันพระบรมราชชนก

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๕ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๓/๒๕๖๕

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/นายกเทศมนตรี/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๓ อบรมระหว่างวันที่ ๒๕ เมษายน - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ ภาคทฤษฎี ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลในจังหวัด และโรงพยาบาลต่างจังหวัด ค่าลงทะเบียนจำนวน ๓๕,๐๐๐ บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล และได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน และผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ สามารถเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ ค่าที่พัก ได้ตามระเบียบของทางราชการ กระทรวงการคลัง และเข้ารับการอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา ทั้งนี้ต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว สามารถสมัครได้โดยตรงส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์วีวรรณ แก้วอยู่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สำเนาใบสมัครและดูรายละเอียดได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้ ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

- ใ้ชน นส. สสดี สุรินทร์
- ใ้ชน นส. ๖๖ จักรสาร สอนมนต์ ใ้ชน นส. สสดี สุรินทร์
- ใ้ชน นส. ๖๖ จักรสาร สอนมนต์ ใ้ชน นส. สสดี สุรินทร์

ขอแสดงความนับถือ

ปิติทศ ๑๖ เมษายน

(นางอติญาณ์ ศรีเกษตรริน)



สแกนสมัครเข้าอบรม

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๓๒๔๒ ๗๐๔๔ ต่อห้อง ๑๑๒

โทรสาร ๐ ๓๒๔๐ ๐๕๗๓

ผู้ประสานงาน/อ.วีวรรณ แก้วอยู่ (๐๘๕-๒๕๔๕๐๘๕)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- ทราบ อนุมัติ
- ชอบ ตกลงแล้ว
- มอบ.....

(นายประเสริฐ ยิ่งสุข)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
รักษาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

คิดรูปถ่าย

ขนาด

๑ นิ้ว

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๓/๒๕๖๕
อบรมระหว่างวันที่ ๒๕ เมษายน - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
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.....
ระดับการศึกษา(สูงสุด).....มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี
ปัจจุบันตำแหน่ง(ทางวิชาการ).....
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 -สมัครด้วยตนเองได้ที่วิทยาลัย ฯ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ /สมัครทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้
สามารถสำเนาใบสมัครได้ และดูรายละเอียด จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th
-หรือสมัครโดยส่งจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้ ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕
*กรณีที่มีผู้สมัครไม่ถึง ๓๐ คน อาจพิจารณางดการอบรม โดยทางวิทยาลัยจะแจ้งให้ทราบก่อนวันประกาศรายชื่อ
ประกาศรายชื่อผู้สิทธิ์เข้ารับการอบรม วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕ ทาง website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

อาจารย์วิวรรณ แก้วอยู่ (๐๘๕-๒๙๔๙๐๘๕)
งานบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๒๐๓ ม.๒ ต.ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐
โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒ Fax. ๐-๓๒๔๐-๐๕๗๓



แสกนสมัครเข้าอบรม

หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. สำเนาบัตรประชาชน
๓. สำเนาปริญญาบัตร ๑ ใบ
๔. สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ๑ ใบ
๕. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
๖. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)
๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน 3 รูป (รวมติดชุดสมัคร)
๘. หลักฐานอื่น ๆ ที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

**รายละเอียดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๓/๒๕๖๕**

ระยะเวลาดำเนินการ จัดอบรม ๑๘ สัปดาห์ ๑๘ หน่วยกิต (ตั้งแต่วันที่ ๒๕ เม.ย.- ๒๖ ส.ค. ๖๕) ดังนี้

ภาคทฤษฎี ๑๒ หน่วยกิต ใช้เวลา ๗ สัปดาห์ ระยะเวลาเรียน ไม่ต่ำกว่า ๑๘๐ ชั่วโมง

- สัปดาห์ที่ ๑ - ๗ เรียน วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น.

วันที่ ๒๕ เมษายน - ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

ภาคปฏิบัติ ๖ หน่วยกิต ใช้เวลา ๑๐ สัปดาห์ ระยะเวลาฝึก ไม่ต่ำกว่า ๓๖๐ ชั่วโมง

๑. วิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเร่งด่วน

ช่วงเวลาการฝึก	วิชา/กิจกรรม	จำนวนชั่วโมง
สัปดาห์ที่ ๘-๑๓ รวม ๖ สัปดาห์	วิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเร่งด่วน ๕ (๐-๑๖-๐) วันที่ ๑๓ มิถุนายน - ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕	๒๔๐ ชั่วโมง

๑. ฝึกปฏิบัติในเวลา วันจันทร์-ศุกร์ (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.) วันละ ๗ ชั่วโมง ๕ วัน/สัปดาห์ รวม ๖ สัปดาห์ = ๒๑๐ ชม.

๒. ฝึกปฏิบัตินอกเวลา วันจันทร์-ศุกร์ (๑๘.๐๐-๒๐.๐๐น.) วันละ ๒ ชั่วโมง ๓ วัน/สัปดาห์ รวม ๖ สัปดาห์ = ๓๖ ชม.

รวมเวลาการฝึกปฏิบัติทั้งหมด

= ๒๔๖ ชม.

๒. วิชาปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

ช่วงเวลาการฝึก	วิชา/กิจกรรม	จำนวนชั่วโมง
สัปดาห์ที่ ๑๔- ๑๗ รวม ๔ สัปดาห์	วิชาปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ๒ (๐-๘-๐) วันที่ ๒๕ กรกฎาคม - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕	๑๒๐ ชั่วโมง

๑. ฝึกปฏิบัติในเวลา วันจันทร์-ศุกร์ (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.) วันละ ๗ ชั่วโมง ๕ วัน/สัปดาห์ รวม ๔ สัปดาห์ = ๑๔๐ ชม.

สัปดาห์สัมมนา ๒๒-๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕

ช่วงเวลาการฝึก	วิชา/กิจกรรม	จำนวนชั่วโมง
สัปดาห์ที่ ๑๘	สัปดาห์สัมมนา (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.) วันละ ๗ ชั่วโมง รวม ๔ วัน	๒๘ ชั่วโมง

๑. สัมมนาวิชา ปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเร่งด่วน วันจันทร์-อังคาร (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.)

วันละ ๗ ชั่วโมง ๒ วัน/สัปดาห์ รวม = ๑๔ ชม. (วันที่ ๒๓ - ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕)

๒. สัมมนาวิชา ปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน วันพุธ-พฤหัสบดี (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.)

วันละ ๗ ชั่วโมง ๒ วัน/สัปดาห์ รวม = ๑๔ ชม. (วันที่ ๒๔ - ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕)

๓. วันศุกร์ที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.

ประเมินผลหลักสูตร และพิธีรับใบประกาศนียบัตร และปิดการอบรม

สถานที่

ภาคทฤษฎี/ทดลอง ห้องเรียน ๓๓๐๕ และห้องฝึกปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ภาคปฏิบัติ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดใกล้เคียง ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ให้เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....
 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล จำนวน ปี
ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน' และยินยอมให้นาง/นางสาว/นาย.....
.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) ตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร ระหว่างวันที่เดือน.....
พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร
กรณี ร.พ. ชุมชน / ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ
กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.สต. คือ สาธารณสุขอำเภอ