



ขอเรียนเชิญพยาบาลวิชาชีพผู้สนใจสมัคร อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขากาพยาบาลสูงภาพจิต และจิตเวชเด็กและวัยรุ่น



ระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2569 - 24 กรกฎาคม 2569 [4 เดือน]
สถานที่เรียน โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จ.สมุทรปราการ



**ค่าลงทะเบียน
40,000 บาท**

สิ่งที่จะได้เรียนรู้ในหลักสูตร

- นโยบายและระบบบริการสุขภาพ
- การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง และการตัดสินใจทางคลินิก
- การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต
- การพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีความผิดปกติทางจิตเวช
- การปฏิบัติกาพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

“เติบโต เรียนรู้ งอกงาม
บนเส้นทางพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น”

เปิดรับสมัคร ถึงวันที่ 13 มีนาคม 2569

ปิดรับสมัครเมื่อจำนวนผู้สมัครครบตามกำหนด



รายละเอียดหลักสูตร



กรอกใบสมัคร



ติดต่อสอบถามข้อมูล

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โทรศัพท์ 02-384-3381 ถึง 3 ต่อ 72167 หรือ 02-380-5601 ถึง 3 ต่อ 72167 E-mail: PG.Yuwa@gmail.com ID Line: @553gncll



โรงพยาบาลยุทธศาสตร์วชิรพยาบาล

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่น 9”

ระหว่างวันที่ 30 มีนาคม – 24 กรกฎาคม 2569

ณ โรงพยาบาลยุทธศาสตร์วชิรพยาบาล สมุทรปราการ

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

1. คำนำหน้า ชื่อ-สกุล
อายุ ปี ศาสนา วันเดือนปีเกิด
2. อายุราชการ ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
3. ตำแหน่งงานปัจจุบัน สถานที่ทำงานปัจจุบัน
- ที่อยู่ทำงาน
- เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน
4. ที่อยู่ปัจจุบัน
- เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
- อีเมลล์
- ID Line
5. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล
- หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล
6. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
คุณวุฒิ สาขา
- สถานศึกษา ปีที่จบการศึกษา
7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
- ยินยอมและได้อนุญาตให้ ตำแหน่ง
- เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง

ลงวันที่

ผู้รับรอง : หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าหน่วยงาน เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
สาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น

หมายเหตุ

1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

สอบถามรายละเอียด/ส่งใบสมัคร และหลักฐานประกอบการสมัครที่

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่61 ถนนสุขุมวิท
ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ 02-384-3381 ถึง 3 ต่อ 72167
หรือ 02-380-5601 ถึง 3 ต่อ 72167

E-mail: PG.Yuwa@gmail.com

Line ID: @553gncll



ลงชื่อผู้สมัคร
(.....)
ลงวันที่.....