

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับคงที่ ๑๖๗
วันที่ ๒๕ พ.ค. ๒๕๕๙
เวลา 16.20



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ ๒๕๓๘๗
วันที่ ๒๕ ๕ ๕๙
เวลา 16.๒๐

ที่ สธ ๐๘๒๒.๕/๑๕๕๖

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
๖๑ ซอยเทศบาล ๑๙ ถนนสุขุมวิท
อำเภอเมือง สมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการสถาบัน / โรงพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันราชานุกูล และสถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกนครินทร์ รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๔ โดยจัดอบรมระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ รวมระยะเวลาในการฝึกอบรมเป็นเวลา ๔ เดือน โดยเริ่มการรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๙ พิจารณาผู้เข้าอบรมดังกล่าวละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าหลักสูตรข้างต้นจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานของท่าน จึงใคร่ขอเรียนเชิญพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม โดยการอบรมครั้งนี้มีค่าใช้จ่ายในการอบรม ค่าลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท / คน (ส่วนของค่าที่พัก, ค่าเดินทาง, ค่าเบี้ยเลี้ยง สามารถเบิกจ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลังเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา หากมีข้อสงสัย สามารถติดต่อ นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ ๐ ๒๓๘๐ ๕๖๐๑ ๓ ต่อ ๗๒๖๐๘ หรือมือถือ ๐๘ ๑๙๓๗ ๑๗๒๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุมัติให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าวและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
พันนคร ล้วน รพท., รพช.ทุกแห่ง, สสอ.ทุกแห่ง
หัวหน้ากลุ่มงาน/อพ. ทุกกลุ่ม

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวรัชณี ฉล่องเกื้อกุล)

(นายสุชิน คันสร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
(นายประวิณ บุญหนุน)
กลุ่มการพยาบาล นักทรัพยากรบุคคล
๒๗ พ.ค. ๒๕๕๙
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๘๐ ๕๖๐๑-๓ ต่อ ๗๒๑๖๖
โทรสาร ๐ ๒๓๘๔ ๑๘๔๕



เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้เข้าอบรมต้องใช้เวลาอบรมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 จึงมีสิทธิ์เข้ารับการประเมินผล
2. วัดผลตามแนวทางการประเมินผล หลักสูตร การอบรม เฉพาะทางของสภาการพยาบาล โดยการประเมินผลเป็นลำดับขั้น (Grade) ตามความหมาย และคำระดับชั้น
3. ผู้เข้ารับการอบรมต้องได้คะแนนเฉลี่ย ตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่า 2.00 ในระบบ 4.00

ระยะเวลาการศึกษา

ระยะเวลาการศึกษา 4 เดือน (17สัปดาห์)
โดยรับสมัครรุ่นละ 30 คน ไม่มีการสอบใดๆทั้งสิ้น

พิจารณาตามคุณสมบัติผู้อบรมที่กำหนด

- รับสมัครระหว่าง 15 พฤษภาคม 2559 - 30

กรกฎาคม 2559

- เริ่มการอบรมวันที่ 1 สิงหาคม 2559 - 25

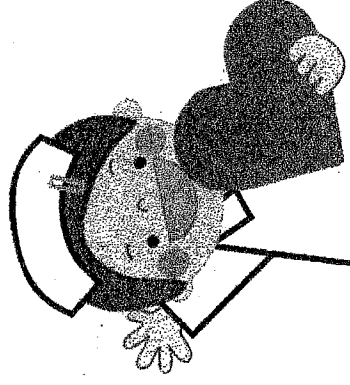
พฤศจิกายน 2559

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท

(นอกจากค่าลงทะเบียน ส่วนของค่าที่พัก, ค่า

เดินทาง, เบี้ยเลี้ยง เบิกตามระเบียบราชการ)



Download ใบสมัครที่

www.yuwaprasart.com

หากสนใจหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อ

นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล

กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

จ.สมุทรปราการ

โทรศัพท์ 02-3805602 ,

02-3805603, 02-3805604

ต่อเลขหมายภายใน 72608

หรือ

081 - 9371723

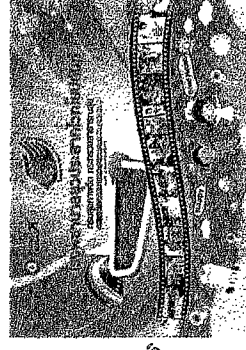
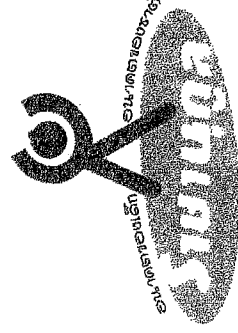
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

Training Program of Nursing Specialty

in Child and Adolescent Mental Health and

Psychiatric Nursing



ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็ก
และวัยรุ่น

ภาษาอังกฤษ : Training Program of
Nursing Specialty in Child and
Adolescent Psychiatric Nursing
ชื่อประกาศนียบัตร

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาล
เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลจิตเวชเด็ก
และวัยรุ่น
ภาษาอังกฤษ : Certificate of Nursing
Specialty in Child and Adolescent
Psychiatric Nursing

วัตถุประสงค์เฉพาะของหลักสูตร

หลังจากที่สำเร็จการศึกษาผู้เข้ารับการอบรม
สามารถ

1. ประเมินพัฒนาการและภาวะสุขภาพ ตรวจการ
คัดกรอง, จำแนกผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจากผู้
ป่วยวัยโรคอื่น ๆ เพื่อการส่งต่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรค
และรับการรักษาต่อได้
2. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และ
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นทั่วไป
และกลุ่มเสี่ยงได้
3. ให้การบำบัดเบื้องต้นแก่เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ
บกพร่อง เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์,
ปัญหาพฤติกรรม โดยบูรณาการความรู้และหลักฐาน
เชิงประจักษ์ได้อย่างเหมาะสม
4. มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น
ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค และส่งกลับมารับการบำบัด
รักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล
หรือในชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัด รักษา
5. ให้การปรึกษาแนะนำครอบครัวของเด็กและวัยรุ่น
ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้
6. จัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยประสาน
ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพทุกระดับและทุก
ภาค เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม
7. พัฒนาโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

1. สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตร
หรือปริญญาตรีในวิชาชีพการพยาบาล และ
ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล
หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 จาก
สภาการพยาบาล
 2. เป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงาน
ทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี
 3. สามารถเข้าอบรมได้เต็มเวลา
- สถานที่เรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ
- ภาคทฤษฎี เรียนที่ สถาบันราชานุกูล
 - ภาคปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติที่ โรงพยาบาลยุว
ประสาทไวทโยปถัมภ์, ศูนย์พัฒนาเด็ก
เล็กในจังหวัด, โรงเรียนระดับประถม
ศึกษาและมัธยมศึกษา



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น”

ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2559 - 25 พฤศจิกายน 2559

ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สมุทรปราการ

(กรุณาเขียนตัวบรรจงด้วยปากกาสีเข้ม)

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
อายุ.....ปี ศาสนาวันเดือนปีเกิด.....
2. อายุราชการ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
3. ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....
4. ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
5. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....
หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....
6. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
คุณวุฒิ.....สาขา.....
สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง ได้อนุญาตให้
(นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



หมายเหตุ

1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และ สำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชน
3. สอบถามรายละเอียดได้ที่นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
โทรศัพท์ 02 - 380 - 5601 - 3 ต่อ 72608 หรือ มือถือ 081 - 9371723

กรุณาส่งใบสมัคร และหลักฐานประกอบการสมัคร ที่

- นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล ฝ่ายฝึกอบรมและพัฒนานักดแลกร โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
เลขที่ 61 ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
โทรศัพท์ 02 - 380 - 5601 - 3 ต่อ 72608 มือถือ 081 - 9371723

E - Mail achlady2504@hotmail.com

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑
จังหวัดสมุทรปราการ
พ.ศ. ๒๕๖๓

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ม.1 ต.อุทัยใหม่ อ. เมืองอุทัยธานี จ.อุทัยธานี
61000

ชำระค่าฝากส่งเป็นงวดเดือน
ใบอนุญาตที่ 61/2530
พทจ.สมุทรปราการ