

กรุงเทพมหานคร
 รับเลขที่ ๒๐๑๗
 วันที่ ๑๑ ต.ค. ๒๕๕๙
 เวลา ๐๙.๓๗



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่ ๘๘๘๓
 วันที่ 10 ต.ค. 2559
 เวลา ๐๙.17

ที่ ศธ.0521.1.0603/พิเศษ

ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

19 กันยายน 2559

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วม โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี / ผู้อำนวยการ / คณะบดี / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล / ผู้บังคับ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครเข้าอบรม จำนวน 1 ชุด

ด้วยภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ (Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถ และทักษะในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) รวมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา ตามระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล โดยผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับ CNEU 50 หน่วยคะแนน โดยอบรมระหว่างวันที่ 30 มกราคม 2560 – 26 พฤษภาคม 2560 ณ ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รับสมัครผู้เข้าอบรมจำนวน 24 คน (ค่าลงทะเบียนคนละ 40,000 บาท)

ในกรณีนี้ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากร พยาบาลในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตรฯ ดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และอื่น ๆ ได้ตามระเบียบต้นสังกัด โดยให้สมัครให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 9 ธันวาคม 2559

จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมอบรมดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร...แจ้ง ผ.ทุกแห่ง รับ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์แมนสิงห์ รัตนสุคนธ์)

ดำเนินการ

ผู้อำนวยการในตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา

(นายสุชิน คันทร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ภาควิชาจักษุวิทยา
 สำนักงานสาธารณสุข
 โทรศัพท์ 0-7442-9619, 0-7445-1380-1
 โทรสาร 0-7442-9619 ๑๑ ต.ค. ๒๕๕๙

สุภารัตน์ วงษ์ยศ

Handwritten text at the top right of the page, possibly a date or reference number.

Handwritten text in the lower middle section of the page.

Handwritten text below the middle section, possibly a signature or initials.

Handwritten text below the signature, possibly a name or title.

Printed text at the bottom of the page, likely a footer or official statement.

ใบสมัครเข้าร่วมชมรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล (นาย/ นาง / นางสาว).....
อายุ.....ปี
 ตำแหน่งปัจจุบัน.....
 สถานที่ทำงาน.....
 เลขที่.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....
 อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 เบอร์มือถือ.....
 E-mail Address.....
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
 คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด.....
 สถานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุด.....
 ลักษณะ:.....สามารถนํากำหนดทางคลินิก.....

 อยุ่การทำงานในสาขาจักุชวิทยา.....ปี
 จำนวนเตียงของโรงพยาบาล.....เตียง
 จำนวนจักุชแพทย์.....คน
 จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา.....คน

ต้องการฝึกปฏิบัติหน่วยงานใดมากที่สุดในช่วง Elective
 โปรดระบุลำดับ 1 - 2 (เลือกได้ 2 อันดับ)

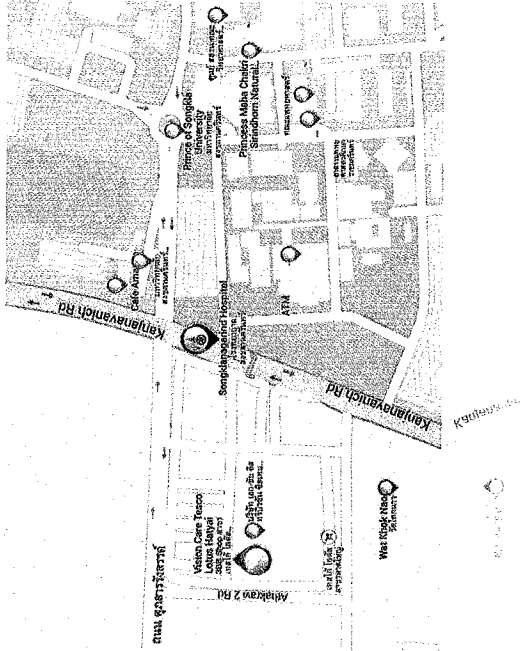
_____OPD _____OR _____WARD

หมายเหตุ การจัดส่ง Elective ใช้เกณฑ์ตามลำดับก่อน-หลัง
 การสมัคร

ดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.psu-eye.com

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานในการสมัครดังนี้

- สำเนาเวชการศึกษา
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
- หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)



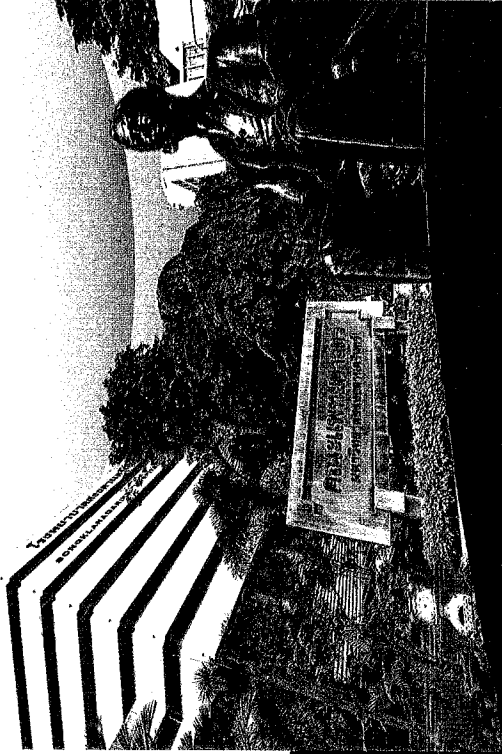
**หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักุช**

Program of Nursing Specialty ใน
 Ophthalmic Nurse Practitioner

รุ่นที่ 3

วันที่ 30 มกราคม 2560 ถึง วันที่ 26 พฤษภาคม 2560

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาควิชาจักุชวิทยา
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



สภาการพยาบาลรับรองหน่วยทะเบียนการศึกษาต่อเนื่อง
 สาขาพยาบาลศาสตร์ 50 หน่วยทะเบียน

เรื่องด่วน

ประชุมคณะกรรมการสุขภาพเฉพาะทางสาขาการพยาบาล
เวชปฏิบัติทางทันตฯ

วัตถุประสงค์ของหลักฤๅษ

เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถและทักษะ
ในการนำเอาวิถีและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการ
พยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการประกอบเป็นปัญหา วิชาเฉพาะ
การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) รวมทั้งประ
เด็นทางการพยาบาลทางต่าง ๆ ที่เป็นระเบียบและต่อเนื่อง
สามารถนำเอาหลักการและทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติ
เฉพาะเช่น การดูแลและรักษาผู้ป่วยที่มีความพิการทาง
ตา:แบบสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขที่ต่าง ๆ

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

1. สำเร็จการศึกษาชั้นปริญญาตรีหรือสูงกว่า
พยาบาลหรือเทียบเท่า
2. เป็นผู้ที่จบมาจากระบบวิชาชีพสาขาการพยาบาล
3. มีประสบการณ์การทำงานในการพยาบาลผู้พิการ
ตาไม่น้อยกว่า 1 ปี

ระยะเวลาการอบรม 17 สัปดาห์

ตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2560
ถึง วันที่ 26 พฤษภาคม 2560

สถานที่ฝึกอบรม

• โรงเรียนพยาบาลอานันท์ ภาควิชาทันตวิทยา
คณะทันตศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท
• เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว มีสิทธิเบิกค่า
ลงทะเบียนจากต้นสังกัดได้ ส่วนพนักงานของรัฐเบิกได้ตาม
ระเบียบของโรงพยาบาล

การรับสมัคร

• ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 9 ธันวาคม 2559
โดยสามารถ Download ใบสมัครได้จาก
www.psu-eye.com

ประชุมการรับข้อพิพาทสิทธิเข้ารับการอบรม

วันที่ 16 ธันวาคม 2559 ณ www.psu-eye.com

การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม

- รับสมัครจำนวน 24 คนเท่านั้น
- การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของ
คณะกรรมการ พิจารณาตัดสินที่ตัดสินเป็นอันดับสุดท้าย

ประชุมการรับข้อพิพาทสิทธิเข้ารับการอบรม

วันที่ 28 ธันวาคม 2559 ณ www.psu-eye.com

การรับแจ้งข้อพิพาทสิทธิเข้ารับการอบรมและปัญหา

วันที่ 30 มกราคม 2560

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาวุฒิการศึกษา:ต้นปริญญาตรีทางการพยาบาล
หรือเทียบเท่า
2. สำเนาใบอนุญาตนครบาล:กรมวิทย์ทางการแพทย์:
การแพทย์ชนบท ฉบับ 1
3. สำเนาบัตรประชาชน:สำเนาทะเบียนบ้าน
4. หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่
จำเป็นให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)
5. ใบสมัครเข้าร่วมอบรม
6. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 ใบ

วิธีรับสมัคร

โอนเงิน บัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเภท ๑๖๓๖๖
ชื่อบัญชี คณะทันตศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(การประชุม) เลขที่บัญชี 565-2-645612

ติดต่อขอทราบข้อมูล/ส่งใบสมัคร มาที่

หน่วยงานรับสมัคร: ภาควิชาการพยาบาลเฉพาะทาง
คณะทันตศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ๑.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110
โทร : 074-451147 โทรสาร : 074-451127
Email : meeting@medicine.psu.ac.th