

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับที่ ๒๐๓๔
วันที่ ๒ พ.ย. ๒๕๕๙
เวลา ๑๖.๑๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ ๙๖๓๒
= ๒ พ.ย. ๒๕๕๙
วันที่ ๑๕/๑๑
เวลา



ที่ สธ ๐๘๒๒.๗๖ ๑๒ ๕๕

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
๖๑ ซอยเทศบาล ๑๙ ถนนสุขุมวิท
อำเภอเมือง สมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการสถาบัน / โรงพยาบาล
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผนพับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบัน
ราชานุกูล และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ จัดอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่
๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ รวมระยะเวลาในการฝึกอบรมเป็นเวลา ๔ เดือน โดยเริ่มรับสมัครตั้งแต่วันที่
๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๐ พิจารณาผู้เข้าอบรมดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าหลักสูตรข้างต้นจะเป็นประโยชน์
ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่นทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานของท่าน จึงใคร่ขอเรียนเชิญพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม
โดยสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท / คน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง จากหน่วยงานต้นสังกัด
ตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางชุติมา ไกรอำ โทโทรศัพท์ ๐๒ - ๓๘๔๓๓๘๑
- ๓ ต่อ ๗๒๑๖๖ หรือมือถือ ๐๘๙-๒๐๐๗๖๘๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุมัติให้ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานเข้าร่วมการ
อบรมหลักสูตรดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควร... ๑๖ พ.ย. ๒๕๕๙

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวรัชณี ฉลองเกื้อกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

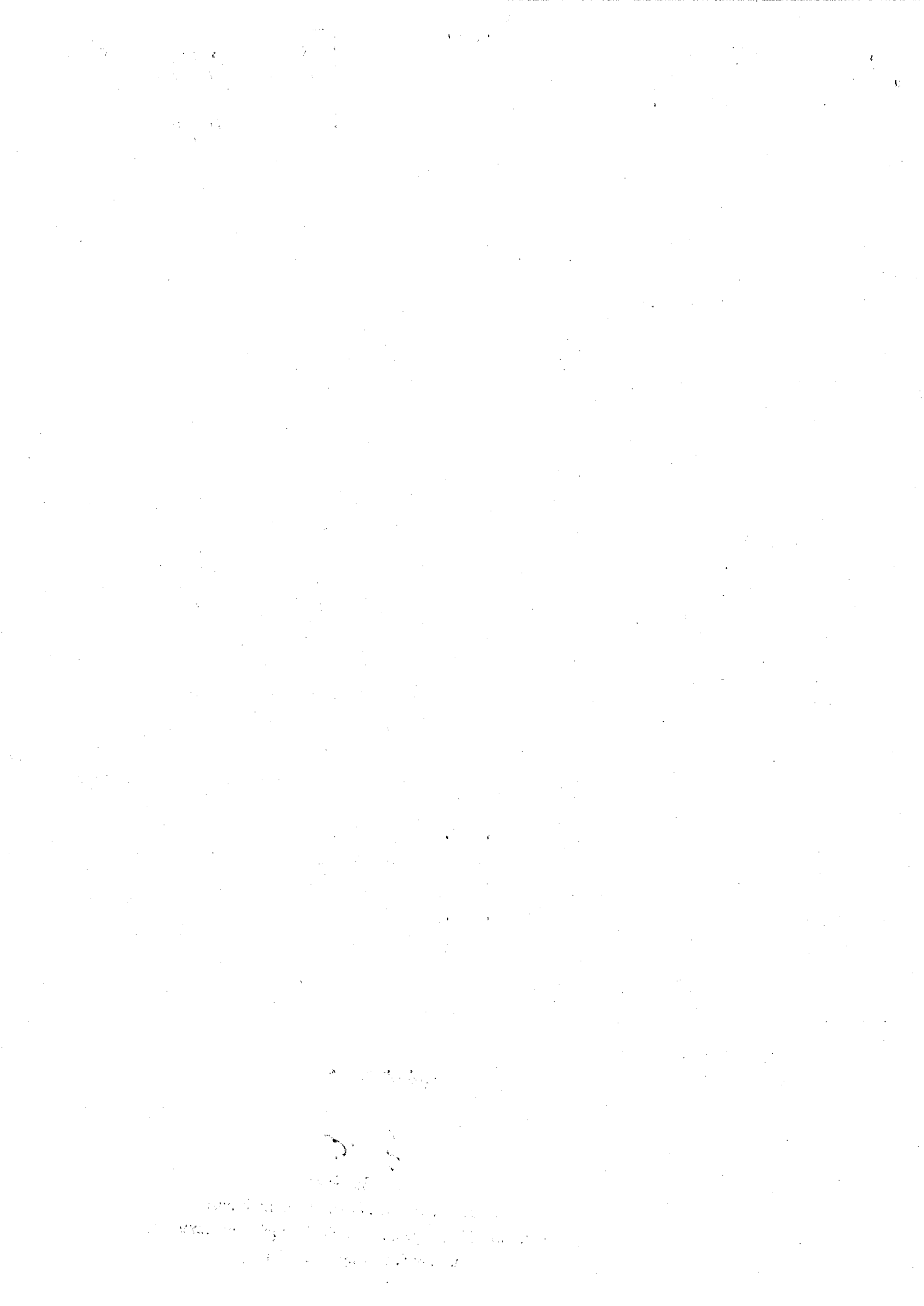
แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายสุชิน คันสร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ศุภรัตน์ วงษ์ยศ
กลุ่มการพยาบาล
โทรศัพท์ ๐๒ - ๓๘๔๓๓๘๑ - ๓ ต่อ ๗๒๑๖๖
โทรสาร ๐๒ - ๓๘๔๑๘๕๕

A1



เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้เข้าอบรมต้องใช้เวลาอบรมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 และมีสิทธิ์เข้ารับการประเมินผล
2. วัดผลตามแนวทางการประเมินผล หลักสูตร การอบรม เฉพาะทางของสภาการพยาบาล โดยประเมินผลเป็นลำดับขั้น (Grade) ตามความหมาย และค่าระดับชั้น
3. ผู้เข้ารับการอบรมต้องได้คะแนนเฉลี่ย ตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่า 2.00 ในระบบ 4.00

ระยะเวลาการอบรม

- 4 เดือน (17สัปดาห์)

เริ่มการอบรม

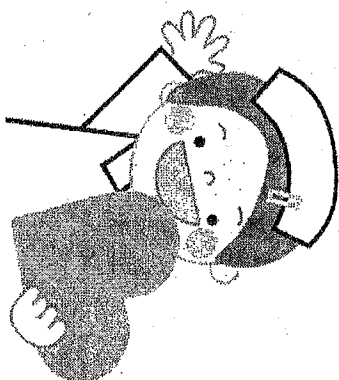
วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 - 31 พฤษภาคม 2560

รับสมัคร

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 - 31 มกราคม 2560

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

1. ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท
2. ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง เบิกจากต้นสังกัด



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นางชุตินา ไกรอำ

โทรศัพท์ 02-3843381-3 ต่อ72166

โทรศัพท์มือถือ 0892007680

โทรสาร 02-3941845

Download ใบสมัครได้ที่

www.ycap.go.th



สถาบันราชานุกูล และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โรงพยาบาล

กรมสุขภาพจิต

ร่วมกับ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมอบรม

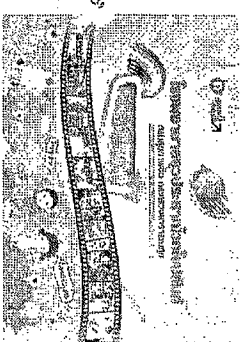
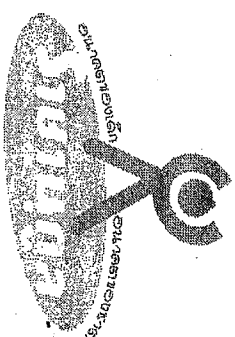
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

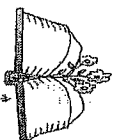
Training Program of Nursing Specialty

in Child and Adolescent Mental Health an

Psychiatric Nursing



NURSE



ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็ก และวัยรุ่น
ภาษาอังกฤษ : Training Program of
Nursing Specialty in Child and Ado-
lescent Psychiatric Nursing

ชื่อประกาศนียบัตร

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
ภาษาอังกฤษ : Certificate of Nursing
Specialty in Child and Adolescent Psy-
chiatric Nursing



วัตถุประสงค์ของหลักสูตรเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

สามารถ

- ประเมินพัฒนาการและภาวะสุขภาพ คัดกรองจำแนก
ผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อการส่งต่อให้ได้รับ
การวินิจฉัยโรคและการรักษาต่อได้
- ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตและ
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นทั่วไป
และกลุ่มเสี่ยงได้
- ให้การบำบัดเบื้องต้นแก่เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการพ้อง,
เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์, ปัญหาพฤติกรรม
โดยบูรณาการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่าง
เหมาะสม
- มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและ
วัยรุ่น ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและมารับการบำบัดรักษา
อย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล
5. ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของเด็กและวัยรุ่น ที่มี
ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้
- จัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยการประสาน
ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพทุกระดับและทุกภาค
เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม
- พัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและ
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

- สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล
หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาลเทียบเท่า
ปริญญาตรี
 - มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาล
อย่างน้อย 1 ปี
 - มีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพการ
พยาบาลชั้นหนึ่งได้ตามกฎหมาย
 - สามารถเข้าอบรมได้เต็มเวลา
หมายเหตุ ได้รับหน่วยคะแนนสะสม(CNEU 50 หน่วย)
- สถานที่เรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ
- ภาคทฤษฎี เรียนที่ สถาบันราชานุกูล
 - ภาคปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวท-
โยปถัมภ์ , ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดสมุทรปราการ
โรงเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในจังหวัด
สมุทรปราการ
- จำนวนหน่วยกิต ตลอดหลักสูตร 16 หน่วยกิต
- ภาคทฤษฎี 10 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ 6 หน่วยกิต



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น”

ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2560 – 31 พฤษภาคม 2560

ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สมุทรปราการ

(กรุณาเขียนตัวบรรจงด้วยปากกาสีเข้ม)

- ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
อายุ.....ปี ศาสนา วันเดือนปีเกิด.....
- อายุราชการ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....
- ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....
หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....
- วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
คุณวุฒิ.....สาขา.....
สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
- คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ได้อนุญาตให้.....ตำแหน่ง.....
เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สอบถามรายละเอียดได้ที่นางชุตติมา ไกรอำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
โทรศัพท์ 02 - 3843381 - 3 ต่อ 72166

กรุณาส่งใบสมัคร และหลักฐานประกอบการสมัคร ที่

- นางชุตติมา ไกรอำ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
เลขที่ 61 ซอยเทศบาล 19 ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
โทรศัพท์ 02 - 3843381 - 3 ต่อ 72166 มือถือ 089-2007680 โทรสาร 02-3941845

E - Mail nuryuwa@hotmail.com

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

