

จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
๒๕๖๔  
วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๔  
เวลา ๙.๒๒



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ 11085  
วันที่ ๒๐ ม.ค. ๒๕๖๔  
เวลา ๑๐.๑๐

ที่ สธ ๐๓๐๔/ก ๘๗

โรงพยาบาลเมตตาประชาธิక (วัดไร่ชิง)

กรมการแพทย์ อำเภอสามพราน

จังหวัดนครปฐม ๗๓๒๑๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา รุ่นที่ ๑

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ประธานเขตบริการสุขภาพทุกแห่ง/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/  
โรงพยาบาลชุมชน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับประชาสัมพันธ์และใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบฟอร์มหนังสือรับรองการปฏิบัติงาน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลเมตตาประชาธิค (วัดไร่ชิง) ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลรามราชนี จัดการ ได้จัดทำ  
หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา รุ่นที่ ๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา  
บุคลากรด้านการพยาบาลของเขตสุขภาพ ให้มีความรู้ความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล และ  
ศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตาเบื้องต้นและซับซ้อนในสถานบริการทุกระดับและในชุมชน ตาม  
นโยบาย Sevice plan กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดจัดอบรมรุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ – ๓๑ พฤษภาคม  
๒๕๖๐ กลุ่มเป้าหมายคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๕ และเขตสุขภาพอื่นๆ ที่สนใจ  
จำนวน ๕๐ คน

โรงพยาบาลเมตตาประชาธิค(วัดไร่ชิง) จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตรฯ  
ดังกล่าว โดยสามารถ Download เอกสารเพิ่มเติม ได้ทาง [www.metta.go.th](http://www.metta.go.th) ปิดรับสมัครวันที่ ๒๐ มกราคม  
๒๕๖๐ รายละเอียดการอบรมดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร.....

สุภารัตน วงศ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

๔๓ ๓๒ ๑๙

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

โทร. ๐ ๓๔๒๒ ๕๕๑๘ ต่อ ๑๓๐๕

โทรสาร. ๐ ๓๔๒๒ ๕๕๕๑

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจันทร์ อิสีประดิษฐ์)

ผู้อำนวยการ

ดำเนินการ

.....

โรงพยาบาลเมตตาประชาธิค(วัดไร่ชิง) (นายสุชน ศันศร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพททัน รักษาราชการในตำแหน่ง

นราธิวาส นราธิวาส เปี่ยวงาญ(ด้านขวากรณีป้องกัน) รักษาราชการแทน

ปฐมนศร แห่งความจริงก็ดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๒๓ ม.ค. ๒๕๖๔

## ระบบการเรียน

ภาคทฤษฎี : สัปดาห์ที่ 1-6 วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดรัฐ  
ภาคปฏิบัติ : สัปดาห์ที่ 7-15 วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
ณ แหล่งฝึกโรงพยาบาลต่อ / PCU

ประชุมนักศึกษา : สัปดาห์ที่ 16 วันจันทร์ ถึง วันศุกร์  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดรัฐ

## สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน

- โรงพยาบาลคอมมูนาประชาธิรักษ์ (จังหวัดรัฐ)
- โรงพยาบาลศนค์รัฐปัฐม
- โรงพยาบาลจังหวัดยะลา
- โรงพยาบาลโพธาราม
- หน่วยบริการสุขภาพดับเบลญี่ปุ่น ชลบุรี รพ.ทัศน์ โนน
- ร.ร.อนุรักษ์ จ.สุพรรณบุรี และ จ.นครปฐม

## คุณสมบัติของผู้สมัคร

- เป็นพยาบาลวิชพัฒนาศึกษา หรือศึกษาดูงานทางพัฒนาชีวภาพ
- สามารถเข้าใจภาษาอังกฤษได้ดี
- มีประสบการณ์การพัฒนาเด็กน้อยอย่างน้อย 1 ปี
- คุณสมบัติอื่น ๆ ตามการพัฒนาของคณะกรรมการประจำหลักสูตร

## การพยาบาลพัฒนา

### การศักดิ์เดือดผู้เข้ารับการอบรม

- สอบเข้าเรียน และสอบผ่าน
- วันที่ 21 มกราคม 2560

การพัฒนาและศึกษาและประเมินผลทางวิชาชีพทาง

การพยาบาล โดยคณะกรรมการของหลักสูตร

\*\*\* ประกาศรายชื่อผู้เข้ารับการอบรม ทาง www.ckr.ac.th

www.metta.go.th, และ www.tonss.org

## การรับสมัคร

ระหว่างวันที่ 21 พฤษภาคม 2559 – 20 มกราคม 2560

## หลักสูตรบรมราชชนนี

- สำเนาบัตรประชาชน

- สำเนาทะเบียนบ้าน

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

- สำเนาบัตรสมาชิกการพยาบาล

- สำเนาคุณวุฒิการศึกษาซึ่งบัตร/ปริญญา

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป

และลักษณะการสอนค่าวัสดุห้องเรียนทางไปรษณีย์ พัสดุหลักฐาน

ประกอบการสอนและค่าตอบแทน 100 บาท

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดรัฐ

99 หมู่ 3 ตำบลเตาขาว อำเภอป่าบ้านป่า

จังหวัดราชบุรี 70110

ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท

โดยสารทางฯ ในการอบรม สามารถเบิกค่าใช้จ่ายโดยติดตามแบบประเมินการ

ระหว่างวันที่ 6 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2560

การชำระค่าลงทะเบียน วันที่ 24 – 27 มกราคม 2560

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอำเภอป่าบ้านป่า

ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดรัฐ

เลขที่บัญชี 706-1-44527-0

## ข้อตกลงโดยไม่ระบุกำหนด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดรัฐ

โทรศัพท์ 032-344-954-6 ต่อ 202

โทรสาร 032-344-959

<http://www.ckr.ac.th>

อ้างอิงรัชท์ ศรีวงศ์รัตน์

นิติเมล 081-378-4262

อ้างอิงรัชท์ ลีสวารณ์

นิติเมล 089-837-4589

โรงพยาบาลมหาพรราชวิเชียร (จังหวัดรัฐ)

โทรศัพท์ 034-225818 ต่อ 1305 นิติเมล 097-0147195

[www.tonss.org](http://www.tonss.org), [www.metta.go.th](http://www.metta.go.th)/Line id: Patnator0027



## โรงพยาบาลเมตตาประชาธิรักษ์ (วัดไตรรัช)

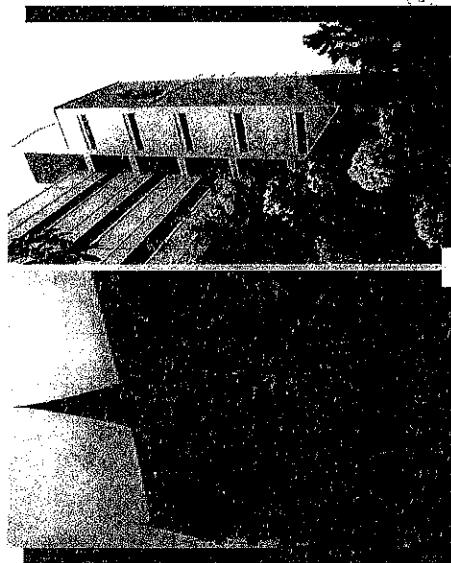
## โรงพยาบาลเมตตาประชาธิรักษ์ (วัดไตรรัช)

## วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดรัฐ

จัดอบรมหลักสูตร

## โรงพยาบาลเมตตาประชาธิรักษ์

## Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner







รูปถ่าย<sup>1</sup>  
ขนาด 1 นิ้ว

### ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา รุ่น 2  
โรงพยาบาลเมตตาประชาธิรักษ์ (วัดไธสง) ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลรามราชนี จังหวัดราชบุรี

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ด้วยตัวบรรจง ให้ สมบูรณ์มากที่สุด

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ ..... ปี

วัน เดือน ปี เกิด .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... เลขที่สมนาคัญสภาการพยาบาล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....

ตำแหน่งปัจจุบัน .....

2. สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้ແเน່ນອນ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... มือถือ .....

E-mail .....

3. ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากดูถูกสูงสุด)

ลำดับ	คุณวุฒิ	ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อสถานที่ศึกษา

4. ลักษณะงานในปัจจุบัน

---

---

---

5. ประโยชน์หรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม

- 5.1 .....
- 5.2 .....
- 5.3 .....

6. ประเภทของผู้สมัคร

อุปนิสัยที่ เขตสุขภาพที่ 5

อื่นๆ ระบุ .....

7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....



## หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ สังกัด \_\_\_\_\_

ขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ ปฏิบัติงานที่ \_\_\_\_\_

สังกัด \_\_\_\_\_ จำนวน \_\_\_\_\_ ปี

เป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน และอนุมัติให้ \_\_\_\_\_

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา รุ่นที่ 2 ระหว่าง

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2560 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

ให้ไว้ ณ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ (ผู้บังคับบัญชา)

(\_\_\_\_\_ )

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชา

โรงพยาบาล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ สาธารณสุขอำเภอ

ประทับตราหน่วยงาน