

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
รับเลขที่ ๕๒๔  
วันที่ ๕ ม.ค. ๒๕๖๐  
เวลา 16.๐๘



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ ๒๒๔๓  
วันที่ 15 มี.ค. 2560  
เวลา.....

ที่ ศธ ๖๕๙๓(๓)/ ๑๖๐๘

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
๑๑ ถนนอินทวิโรจโรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง  
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๖ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์หลักสูตรการอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager)  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครการอบรมหลักสูตรผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager)

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะได้จัดอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager) รุ่น ๑๑ ในระหว่างวันที่ ๒๔ พฤษภาคม - ๓ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด เทคนิคบริการและขั้นตอนต่างๆ ในการจัดบริการกิจการสปาเพื่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้แนวทางในการดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามพระราชบัญญัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ดังรายละเอียดตามที่สิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ประสงค์จะขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์หลักสูตรฝึกอบรมดังกล่าว ให้แก่สถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพและสถานประกอบการสปาเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อสุขภาพในจังหวัดของท่าน ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ [www.nurse.cmu.ac.th/spamanager](http://www.nurse.cmu.ac.th/spamanager) ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
เพื่อโปรดทราบ  
เห็นควร..... (ชื่อ กน. กน. / สส. กน. กน.) ทพ

ขอแสดงความนับถือ

.....  
.....

ศุภารัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข  
๑๒ ม.ค. ๖๐

งานบริหารงานวิจัย บริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์ ๐ ๕๓๙๓ ๕๐๑๒, ๐ ๕๓๙๔ ๙๑๓๘

โทรสาร ๐ ๕๓๒๑ ๓/๑๔๕

E-mail: [cmu.spa2015@gmail.com](mailto:cmu.spa2015@gmail.com)

(ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา คุณาวิติกุล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายสุชิน คันสร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๒

Download ใบสมัคร ได้ที่ [www.nurse.cmu.ac.th/spamanager](http://www.nurse.cmu.ac.th/spamanager)  
หรือส่ง E-mail: [cmu.spa2015@gmail.com](mailto:cmu.spa2015@gmail.com) หรือ LINE ID : nursingspa2016

ใบสมัครเข้ารับการอบรม  
โครงการอบรมผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ (Spa Manager)  
ระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม – 7 มิถุนายน 2560  
ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. คำนำหน้า  นาย  นาง  นางสาว ชื่อ.....สกุล.....
2. วุฒิการศึกษา..... อายุ.....
3. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....  
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail address.....
4. ชื่อสถานที่ทำงานปัจจุบัน.....  
ที่อยู่สถานที่ทำงาน.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
5. ตำแหน่งปัจจุบันที่ทำงานอยู่..... ประสบการณ์..... ปี
6. อาหาร..... อาหารปกติ..... อาหารมังสวิรัต/เจ..... อาหารอิสลาม
9. การส่งใบสมัคร เลือกส่งใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้  
- สมัครด้วยตนเองได้ที่ อาคาร 4 ชั้น 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในวันและเวลา  
ราชการ เท่านั้น (จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 – 16.30 น)  
- ส่งใบสมัครทาง E-mail มาที่ [cmu.spa2015@gmail.com](mailto:cmu.spa2015@gmail.com) หรือ LINE ID : nursingspa2016 และ  
ขอให้โทรศัพท์เช็คด้วยว่าทางคณะฯได้รับหรือยัง **\*\* โทรศัพท์ 053-949138 , 092- 5467309 \*\***  
- ส่งทางไปรษณีย์ EMS ตาม ที่อยู่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 110 ถ.อินทวโรธ  
ศ.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 (วงเล็บมุมซองว่า Spa manager)
10. การชำระเงิน : โดยการโอนเงินที่ชื่อบัญชี “โครงการศูนย์พัฒนาศักยภาพการบริการสปาเพื่อสุขภาพ”  
ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มช. เลขที่บัญชี 566-4 57954-8 “10,000 บาทถ้วน”
11. การออกใบเสร็จรับเงิน : ต้องการให้ออกใบเสร็จในนามของ.....  
ที่อยู่ในใบเสร็จ.....

**\*\* การจองห้องพักในคณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับการอบรม**

**Spa Manager (เหมาจ่าย)\*\***

1. ห้องคู่ ราคา 6,000 บาท/ห้อง (รวมค่าน้ำ/ไฟ)
  2. ห้องเดี่ยว ราคา 5,500 บาท/ห้อง (รวมค่าน้ำ/ไฟ)  
เข้าพักได้ตั้งแต่วันที่ 23 พ.ค. – 8 มิ.ย. 60
- จองห้องพักแบบห้องคู่ (ให้ทางคณะฯจับคู่ให้)
- จองห้องพักแบบห้องคู่ (มีผู้มาพักด้วยขอให้ระบุชื่อ)  
ชื่อ-สกุล.....
- จองห้องพักแบบห้องเดี่ยว

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

**เอกสารประกอบการสมัคร**

1. สำเนาการโอนเงินค่าลงทะเบียน ที่เขียนชื่อกำกับให้ชัดเจน
2. สำเนาบัตรประชาชน พร้อมเซ็นรับรองสำเนา
3. เอกสารวุฒิการศึกษา
4. เอกสารประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องหรือ เอกสารแสดงการ  
เป็นเจ้าของกิจการ สำหรับผู้ที่วุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี