

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่ 1592
วันที่ 15 ก.ย. 2560
เวลา 15.45



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ 8251
วันที่ 15 ก.ย. 2560
09-17

ที่ สธ ๐๓๑๘/๑๐๖๔๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๕ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด/ ศูนย์/ ทัวไป/ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ วิทยาลัยพยาบาล / ศูนย์อนามัย/ สำนักงานแพทย์ กรุงเทพฯ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ใบประชาสัมพันธ์หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
 ๒. ใบสมัคร
 ๓. หนังสือรับรอง

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รุ่นที่ ๕ (Program of nursing Specialty in Children with developmental and behavioral problems) ประจำปี ๒๕๖๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถในการการประเมินและคัดกรองพัฒนาการ กระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้า เด็กกลุ่มเสี่ยงและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รวมทั้งให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูและปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติก สมาริสน์ ทราบข้อบ่งชี้ในการส่งต่อและติดตามประเมินผล

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เห็นว่าการอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพหรืออาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็กไม่น้อยกว่า ๒ ปี เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สามารถเข้าร่วมการอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา และให้เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมตามหนังสือที่ กค. ๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว รับจำนวนจำกัด ๓๕ คน โดยส่งหลักฐานประกอบการสมัครได้ที่ นางฉิม สุกุลนุ้ม / นางสมิตรา อ่าวจินดา งานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๑๒, ๖๑๔๑๓ หรือ ๐๘๙-๒๓๖-๒๒๙๑ / ๐๘๑-๐๒๙-๒๘๐๙ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ กันยายน - ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควร..... (แก้ว สว. กอ. นพ.) ทง

ขอแสดงความนับถือ

แจ้งประชาสัมพันธ์

(นายแพทย์สรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (นายสุจิน คัมภร)

ศุภารัตน์ วงษ์ยศ
นักวิชาการสาธารณสุข
๑๑ ก.ย. ๒๐๒๐

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทพพัน รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม

รุ่นที่ ๕ ประจำปี ๒๕๖๑

หลักสูตรได้รับการรับรองหน่วยคะแนน

การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน

หลักการและเหตุผล

อัตราการเกิดของเด็กไทยปัจจุบันเฉลี่ย ๘๐๐,๐๐๐ คนต่อปีในจำนวนนี้พบเด็กพัฒนาการล่าช้าจากการสำรวจทั่วประเทศพบว่า ร้อยละ ๓๐ หรือคิดเป็นจำนวนเฉลี่ย ๒๔๐,๐๐๐ คนต่อปี ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมในช่วงวัย ๐ - ๕ ปี ซึ่งเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตของสมอง ส่งผลให้เมื่อเด็กเหล่านี้เติบโตจะทำให้มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเกณฑ์ สาเหตุของพัฒนาการล่าช้าเกิดจากการเลี้ยงดูหรือได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมประมาณร้อยละ ๘๐ ซึ่งเมื่อได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมเบื้องต้นเด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ดังนั้นเด็กอีกร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ที่อยู่ในส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นแล้วยังไม่ดีขึ้น ควรได้รับการหาสาเหตุและค้นหาความผิดปกติที่พบร่วมทั้งทางกายและพฤติกรรมเพื่อการแก้ไขที่ตรงประเด็นซึ่งนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

๑. อธิบายหลักการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและการพยาบาลได้
๒. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปกติและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
๓. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถประเมินพัฒนาการในระดับคัดกรองและสังเกตพฤติกรรมเด็กที่ควรได้รับการแก้ไข
๔. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการหาสาเหตุของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า
๕. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถส่งเสริม ฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กและปรับพฤติกรรมเด็กได้
๖. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบข้อบ่งชี้ในการส่งต่อและติดตาม

หมายเหตุ

- กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือขอ File ได้ที่ E-mail : kimpkk@gmail.com / tickpg๒@hotmail.com
- รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๑ กันยายน - ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
- ให้ส่งเอกสารการสมัครทางไปรษณีย์เท่านั้น พิจารณาเฉพาะผู้ที่ส่งเอกสารครบถ้วนและถูกต้องภายในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ (ตามตราที่ประทับทางไปรษณีย์)
ประกาศผลคัดเลือกวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ทาง www.childrenhospital-Training.com
- ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรมในปีต่อ ๆ ไป

ค่าลงทะเบียน / ศึกษาดูงาน

๑. ไม่เสียค่าลงทะเบียน
 ๒. ค่าใช้จ่ายในการศึกษาดูงานเบิกจากต้นสังกัด/จ่ายเอง
- เปิดเรียน วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ผู้ประสานงาน: นางฉิม สกุลน่วม / นางสุมิตรา อ่าวจินดา
งานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชมิว เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ : ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๑๑ , ๖๑๔๑๒ , ๖๑๔๑๓ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๐๒๙๒๘๐๘
๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑

Website : www.childrenhospital-training.com

E-mail : kimpkk@gmail.com / tickpg๒@hotmail.com

ใบสมัคร

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก
รุ่นที่ ๕ ประจำปี ๒๕๖๑ (๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑)
ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
Name (Mr./Mrs./Miss.).....Lastname.....
ตำแหน่ง.....
๒. ที่อยู่ติดต่อได้.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ (บ้าน) มือถือ.....
E-mail address.....
๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน..... โรงพยาบาล.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
๔. ประสบการณ์การทำงาน (ขอสงวนสิทธิ์ไม่พิจารณาหากข้อมูลต่าง ๆ มีรายละเอียดไม่ครบถ้วน)
๔.๑ ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)
๔.๒ ปฏิบัติงานที่หน่วย (ระบุ)..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)
๔.๓ อาจารย์พยาบาล..... ระยะเวลา..... ปี (พ.ศ. ถึง ..)

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ได้ที่

คุณเข็ม สกุลนุ้ม หรือ คุณสมิตรา อ่าวจินดา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๐๔๓๕ ต่อ ๖๑๔๑๒ , ๐๘๑-๐๒๗๒๘๐๘ E-mail : kimpkk@gmail.com / tickpg2@hotmail.com

Fax ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ดูรายละเอียดได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ใบสมัคร
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือนในชุดเครื่องแบบ
- สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรหรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่มีอายุไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- หนังสือรับรองการทำงานจากหน่วยงานต้นสังกัด (ตามแบบฟอร์มที่ให้)

หมายเหตุ

- กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือขอ File ได้ที่ E-mail : kimpkk@gmail.com/tickpg2@hotmail.com
- รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๑ กันยายน - ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
- ให้ส่งเอกสารการสมัครทางไปรษณีย์เท่านั้น พิจารณาเฉพาะผู้ที่ส่งเอกสารครบถ้วนและถูกต้องภายในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ (ตามตราที่ประทับทางไปรษณีย์)
ประกาศผลคัดเลือกวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ทาง www.Childrenhospital-Training.com
- ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรมในปีต่อ ๆ ไป
- อบรมวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

หนังสือรับรอง (Recommendation)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น.....
ขอรับรองผู้สมัครในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑. พฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้สมัครเป็นอย่างไร

.....
.....

ผู้สมัครเข้ารับการอบรมมีความพร้อมที่จะเข้ารับการอบรมหรือไม่

.....

๒. ทางหน่วยงานได้ทำแผนส่งเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมไว้แล้วหรือไม่

.....

๓. กรณีผ่านการคัดเลือกทางหน่วยงานมีความพร้อมส่งผู้สมัครเข้ารับการอบรมหรือไม่

.....

๔. ความจำเป็นพิเศษที่สนับสนุนให้เข้ารับการอบรม

.....

.....

(ลงนาม)

(.....)

ตำแหน่ง

(.....)

วันที่

(.....)

หมายเหตุ

- ผู้รับรอง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าพยาบาลหรือคณบดี
- กรุณากรอกรายละเอียดทุกข้อ