

กต. ๑๗๙๐๒๖  
ร. ๖๗๘  
วันที่ ๒๒ พ.ย. ๒๕๖๐  
เวลา ๑๑.๓๖

ที่ สธ ๐๘๒๓/๗๗๗๒๗๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ ๑๐๓๒๔  
วันที่ ๒๒ พ.ย. ๒๕๖๐  
เวลา ๑๐.๓๔

สถาบันพัฒนาการเด็กชนบท  
๑๙๖ หมู่ ๑๐ ตำบล ดอนแก้ว  
อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๙๐

## ๗๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญส่งข้าราชการเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด..... อ.ท.ช.ป.น.๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นพับประชาสัมพันธ์หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ และใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันพัฒนาการเด็กชนบท สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ร่วมกับ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำหนดจัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๑๙ ในระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ถึง วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ รวมระยะเวลาในการฝึกอบรม ๕ เดือน โดยแบ่งภาคการอบรมดังนี้ ช่วง ๑ เดือน แรก อบรมภาคทฤษฎีที่สถาบันราชานุกูล และช่วง ๒ เดือนหลัง ฝึกภาคปฏิบัติ ที่สถาบันพัฒนาการเด็กชนบท อุทัยธานี รับสมัคร จำนวน ๑๙ คน โดยเริ่มเปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วยโดยแบ่งภาคการอบรมดังนี้ ช่วง ๑ เดือนแรก อบรมภาคทฤษฎีที่สถาบันราชานุกูล และช่วง ๒ เดือนหลัง ฝึกภาคปฏิบัติ ที่สถาบันพัฒนาการเด็กชนบท อุทัยธานี รับสมัคร จำนวน ๑๙ คน โดยเริ่มเปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ในการนี้สถาบันพัฒนาการเด็กชนบท จึงขอเชิญท่านส่งพยาบาลวิชาชีพ ในสังกัดของท่าน จำนวน ๑-๒ คน เข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่สนใจทราบต่อไปด้วย โดยสามารถส่งใบสมัครเข้ารับการอบรมไปที่ กลุ่มการพยาบาล สถาบันพัฒนาการเด็กชนบท เลขที่ ๑๙๖ หมู่ ๑๐ ตำบล ดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๙๐ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางกัญจน์ภรณ์ ไวยชรวงศ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๕๓-๙๐๘๓๐๐ ต่อ ๗๗๒๕๐ หรือเบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๖๓-๙๕๕ ๕๓๕๕ ตามรายละเอียดเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา อนุญาตให้บุคลากรของท่านเข้าร่วมอบรมโครงการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ ตาม วัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วยจะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร..... (ลงชื่อ.....)

ขอแสดงความนับถือ

พญ.ฯ

(นางกัญจน์ คุณรังษีสมบูรณ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

ผู้อำนวยการ ๙ วงษ์ยศ  
นักวิชาการสาธารณสุข รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กชนบท  
กลุ่มการพยาบาล โทร.๐๕๓ ๙๐๘ ๓๐๐ ต่อ ๗๗๒๕๐  
โทรศัพท์ ๐๕๓ ๙๐๘ ๓๓๐  
โทรสาร ๐๕๓ ๙๐๘ ๓๓๐

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพพัน รักษาราชการในตำแหน่ง  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป่องกัน) รักษาราชการแพทย์  
สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

## ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น” รุ่นที่ 18

ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 – 25 พฤษภาคม 2561 รวม 17 สัปดาห์

หากมีความประสงค์ฝึกภาคปฏิบัติ ณ สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ อ.เชียงใหม่  
กรุณาติดต่อ สำนักงานที่ปรึกษาด้านทางการศึกษา สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์

(กรุณาเขียนด้วยปากกาสีเข้ม)

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

วัน เดือน ปีเกิด..... หมายเลขบัตรประชาชน..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-mail.....

2. ตำแหน่งปัจจุบัน..... ระดับ..... อายุราชการ..... ปี

3. สถานที่ทำงานปัจจุบัน..... หน่วยงาน..... ระดับรพ.(รพศ/รพท/รพช/รพสต.).....

เครื่องข่ายบริการที่..... เขตตรวจราชการ.....

4. ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

4. ที่อยู่ บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

5. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....

หมายเลขอมาซิกสภาพการพยาบาล.....

6. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด

คุณวุฒิ..... สาขา.....

สถานศึกษา..... ปีที่จบการศึกษา.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....

ได้อ่านุญาตให้..... ตำแหน่ง.....

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาขึ้นต้นระบุด้วยหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป

2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 4 รูป /ใบสมัครตัวจริง 1 ใน สำเนา 1 ใบ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล / สำเนาบัตรสมาชิกสภาพการพยาบาล และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 2 ใบ พร้อมเข็มตัวรับรองสำเนาทุกใบ

3. ค่าลงทะเบียน ค่าที่พักและค่าใช้จ่ายระหว่างการศึกษาอบรม สอบถามรายละเอียดได้ที่ นางกัญจน์ภัทร ไทยรัชธรรม สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ โทรศัพท์ 053-908300 ต่อ 73250 มือถือ 063-9945351 E-mail : [kinta\\_james@hotmail.com](mailto:kinta_james@hotmail.com) กรุณาส่งใบสมัคร และหลักฐานประกอบการสมัครที่

กลุ่มการพยาบาล (หลักสูตรPG) สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ 196 ม.10 ต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180

ชำระเงินลงทะเบียนได้ที่

ธนาคาร กรุงไทย ชื่อบัญชี เงินบำรุงสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ เลขที่ 515-125-7749

## คำอธิบายสำหรับผู้สมัครเรียน

การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ดำเนินการรับสมัครร่วมกัน 3 หน่วยงาน ประกอบด้วย

- 1.สถาบันราชานุกูล กรุงเทพฯ
- 2.สถาบันพัฒนาการเด็กชนครินทร์ จ.เชียงใหม่
- 3.โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ราชวิถี จ.สมุทรปราการ

โดยการอบรมภาคทฤษฎี นักศึกษาของทั้ง 3 หน่วยงานจะเรียนร่วมกัน ที่สถาบันราชานุกูล และภาคปฏิบัติ จะฝึกตามแหล่งฝึกของ 3 หน่วยงานนั้นๆ โดยแบ่งนักศึกษาจากการรับสมัครและจำนวนที่เปลี่ยนตัวตามแต่แรกเข้า เช่น หากสมัครกับสถาบันพัฒนาการเด็กชนครินทร์ จ.เชียงใหม่ ภาคปฏิบัติก็จะฝึกที่สถาบันพัฒนาการเด็กฯ นครินทร์ จ.เชียงใหม่

โดยมีการแบ่งภาคการอบรมดังนี้

1. ภาคทฤษฎี เริ่มนั้นที่ 1 กุมภาพันธ์ – 16 มีนาคม 2561 (7 สัปดาห์) เรียนร่วมกันทั้งหมด ณ สถาบันราชานุกูล
2. ภาคปฏิบัติ เริ่มนั้นที่ 19 มีนาคม – 25 พฤษภาคม 2561 ฝึกปฏิบัติกับหน่วยงานที่ท่านเลือกลงทะเบียนและจำนวนที่เปลี่ยนตัววันรับสมัคร (ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงหากจำนวนเปลี่ยนแล้ว)

หมายเหตุ : 1. หน่วยงานที่ส่งจดหมายประชาสัมพันธ์หลักสูตรจะมี 3 หน่วยงาน (ดังรายชื่อข้างต้น) ซึ่งประชาสัมพันธ์หลักสูตรเดียวกัน หากประสงค์จะสมัครเรียนกับหน่วยงานใดและหากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อสอบถามเพิ่มเติมจากผู้ประสานงานหลักสูตรของแต่ละหน่วยงาน  
2. ค่าลงทะเบียนมีการอนุเคราะห์สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม สามารถสอบถามรายละเอียดได้ จากผู้ประสานงานหลักสูตรฯ



