

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
 หมายเลข 6786  
 วันที่ 28 พ.ย. 2560  
 เวลา 16.12



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
 รับเลขที่ 10531  
 วันที่ 28 พ.ย. 2560  
 เวลา 14.30

ที่ สธ ๐๒๒๘ / ๗๕๖

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓  
 ถนนพหลโยธิน จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้ารับการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เขตสุขภาพที่ ๓

อ้างถึง หนังสือกรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ สธ ๐๓๑๒/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง กรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐ (Oncology Nursing Course) ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ (หลักสูตร ๕ เดือน) ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ จำนวน ๕๐ คน นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓ ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเข้าอบรม ดังนี้

- ๑. ปฏิบัติงานการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี
- ๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ทั้งนี้เพื่อให้การคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงขอใช้ระบบการสอบสัมภาษณ์ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ สอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น ๖ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และประกาศผลวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑ กรณีไม่มาสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรม โดยส่งชื่อพร้อมใบสมัครได้ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘ หรือ อีเมลล์ nursetraining.nci@gmail.com สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ ๐-๒๒๐๒-๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕, ๒๖๒๕ ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบราชการ ผู้สนใจเข้ารับการอบรมสามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร **11 จิว ภท.กท.บว.จน**

ขอแสดงความนับถือ

.....

.....

สุภารัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

๓๐ พ.ย. ๖๐

*(Signature)*

*(Signature)*

(นายสมเกียรติ ชำนาญรักษ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

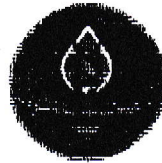
*(Signature)*  
(นายสุชิน คินคร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง  
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการสาธารณสุข  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล (CHRO)

โทรศัพท์/โทรสาร : ๐ ๕๖๒๒ ๔๕๒๖

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : ket3chro@hotmail.com



จำนวนที่ .....

รูปถ่าย 1 นิ้ว

2 รูป

## ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

## Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมแกรนด์ ไฮแอท เอ็นน์ ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

\*\*\*\*\*

## กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก)..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

โทรศัพท์ (บ้าน)..... (มือถือ).....

เขตสุขภาพที่..... จังหวัด..... E-mail :.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ประสบการณ์การทำงาน..... ปี หน่วยงาน.....

วุฒิการศึกษา..... ปี พ.ศ. ที่จบ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com)

- ใบสมัครอบรม/รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน \*รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดหน่วยงานเท่านั้น\*
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่มีหมดอายุ
- สำเนารายงานผลการเรียน
- สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

\*\*กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน  
เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม  
\*\*โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา  
 ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

..... สถานะการทำงาน ..... จังหวัด .....

สังกัด กรม ..... กระทรวง .....

ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นส./นาง/นาย .....

ตำแหน่ง ..... ปฏิบัติงานที่ .....

จังหวัด ..... สังกัด .....

ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ..... ปี ..... เดือน

สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

เห็นควรสนับสนุนให้สามารถเข้าได้โดยต้นสังกัด ( ) สนับสนุนค่าลงทะเบียน

( ) ไม่สนับสนุนค่าลงทะเบียน

ลงชื่อ .....  
 (.....)  
 .....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

สถานที่ผู้สมัครปฏิบัติงาน	ผู้บังคับบัญชาที่ให้การรับรอง
๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	- สาธารณสุขอำเภอ
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	- สาธารณสุขอำเภอ
๓. โรงพยาบาลชุมชน	- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
๔. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ	- ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๕. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด