

หนังสือขอรับรองแพทย์

รับแบบที่ ๑๐๐
วันที่ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑
๑๖.๐๙

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๘๔/ว. ๔๗



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับแบบที่... ๙๔๘
วันที่ ๒๙ ม.ค. ๒๕๖๑
๑๕.๕๕

วิทยาลัยพยาบาลพระภูมิคุ้งกาลีฯ จันทบุรี

ถนน ๑๖๔ หมู่บ้านวังน้ำเขียว ตำบลใหม่
อ.เมือง จ.จันทบุรี ๒๒๐๐๐

๑๙ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง สำรวจความประسنก์ที่จะเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ
การบำบัดด้วยไฟ (การล้างไฟทางช่องห้อง) รุ่นที่ ๓

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับประชาสัมพันธ์

จำนวน ๒ หน้า

๒. แบบแสดงความประسنก์เข้ารับการอบรม ๑

จำนวน ๑ หน้า

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลพระภูมิคุ้งกาลี จันทบุรี ร่วมกับ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลสมุทรปราการ จะดำเนินการโครงการหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดด้วยไฟ (การล้างไฟทางช่องห้อง) รุ่นที่ ๓ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน ๒๕๖๑ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระภูมิคุ้งกาลี จันทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต่าง ๆ จนถึงโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีการล้างไฟทางช่องห้อง สามารถประเมินปัญหา ป้องกัน และจัดการกับความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีทักษะในการให้การพยาบาลและการบำบัดด้วยไฟโดยการล้างไฟทางช่องห้อง ใช้อุปกรณ์หรือเทคโนโลยีขั้นสูงที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยประสานการทำงานกับทีมสุขภาพและบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายได้

วิทยาลัยพยาบาลพระภูมิคุ้งกาลี จันทบุรี จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านพิจารณาสำรวจความประسنก์บุคลากรในสังกัดที่สนใจเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยรับจำนวน ๒๐ ท่าน ค่าลงทะเบียน ท่านละ ๔๕,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นห้าพันบาทถ้วน) ทั้งนี้ ขอให้ส่งแบบแสดงความประسنก์เข้ารับการอบรม ๑ ภายในวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อวิทยาลัยจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการดำเนินการจัดอบรม และขอสงวนสิทธิ์ไม่เปิดการอบรมหากมีผู้แสดงความประسنก์เข้ารับการอบรมไม่ครบตามจำนวน

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาให้ความอนุเคราะห์และประชาสัมพันธ์แก่ผู้สนใจทราบโดยทั่วไปด้วย
จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควร.....

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวมัณฑนา เมฆะญาติ)

สุการันต์ วงศ์ยศ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระภูมิคุ้งกาลี จันทบุรี
นักวิชาการสาธารณสุข

แจ้งประชาสัมพันธ์

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
โทร. ๐ ๓๗๓๒ ๕๗๘๘ ต่อ ๑๓๐๖-๗
โทรสาร ๐ ๓๗๓๒ ๕๗๗๙
E-mail : bcnppk@pi.ac.th

นายสุรินทร์ ศรีวงศ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทับทิม รักษาการในตำแหน่ง
แพทย์แผนไทย(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
แพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

A.

แบบแสดงความประสงค์เข้ารับการอบรม
โครงการหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง) รุ่นที่ ๓
ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน ๒๕๖๑
ณ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัด

หน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

- ไม่มีความประสงค์ที่จะส่งบุคลากรเข้าอบรม
 มีความประสงค์ที่จะส่งบุคลากรเข้าอบรม ดังนี้

๑. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง.....

๒. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว)

ตำแหน่ง.....

ผู้ประสานงาน.....

โทร.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งที่ E-mail : chompool@pnc.ac.th ภายในวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑