

กลุ่มงานบริหารบุคคล
รับเลขที่ 2326
วันที่ 2 ต.ค. 2562
14.23 น.
ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๙๒๖/ว. ๑๕๓๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ 9455
วันที่ 2 ต.ค. 2562
เวลา 13.25

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
๑๑๘ หมู่ ๑ ต.สนามชัย อ.เมือง
จ.สุพรรณบุรี ๓๒๐๐๐

๒๕ กันยายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/สาธารณสุขอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นพับโครงการอบรมและใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี จะดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาล
เฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๑๑ จำนวน ๕๐ คน ระหว่างวันที่ ๒๐
มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยมีกำหนดการอบรมดังนี้

- ภาคทฤษฎี เรียน วันศุกร์ - เสาร์ - อาทิตย์ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
จำนวน ๑๓ สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ ๒๕ มกราคม - ๑๙ เมษายน ๒๕๖๓)

- ภาคปฏิบัติและสัปดาห์ประเมินผล วันจันทร์ - ศุกร์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป / ชุมชน
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นแหล่งฝึกจำนวน ๑๑ สัปดาห์ (ตั้งแต่วันที่ ๒๐ เมษายน - ๓
กรกฎาคม ๒๕๖๓)

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ให้
บุคลากรที่สนใจในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายตามระเบียบ
จากต้นสังกัด ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว สามารถสมัครด้วยตนเองหรือส่งใบสมัครไปที่
กลุ่มงานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ๑๑๘ หมู่ ๑ ต.สนามชัย อ.เมือง
จ.สุพรรณบุรี ๓๒๐๐๐ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม - ๒๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.
ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรที่สนใจด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

พิศิษฐ์ พลธนะ

(นายพิศิษฐ์ พลธนะ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

กลุ่มงานบริการวิชาการ
โทร. ๐ ๓๕๕๓ ๕๒๕๓ - ๕ ต่อ ๕๑๑๒
โทรสาร ๐ ๓๕๕๓ ๕๒๕๑

เลขที่.....



ติดรูปถ่าย ๑ นิ้ว

แบบฟอร์มการรับสมัครและคัดเลือก
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๑๑
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

สำเร็จพยาบาลวิชาชีพจากหลักสูตร.....

จากสถาบัน..... พ.ศ.....

สถานที่ทำงาน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

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

มือถือ.....E-mail.....

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

- สำเนาปริญญา หรือประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์และการผดุงครรภ์ชั้นสูง(เทียบเท่าปริญญาตรี) พร้อมรับรองสำเนา
- สำเนาแสดงผลการศึกษา (Transcript)
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น ๑ (ยังไม่หมดอายุ)
- สำเนาบัตรประจำตัวสมาชิกสามัญของสภาการพยาบาล (ยังไม่หมดอายุ)
- ใบรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๒ ปี) จากต้นสังกัด
- สำเนาการโอนเงินค่าสมัครสอบ จำนวน ๒๐๐ บาท (ไม่รวมค่าโอน)
- รูปถ่ายจำนวน ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป
- สำเนาบัตรประชาชน