



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่..... 11780
วันที่ 23 พ.ค. 2563
15.03
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๕๑๓๐

๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ

เรียน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรม และรายละเอียดการฝึกอบรม จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ รุ่นที่ ๕ ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั้งภายในกรมสุขภาพจิตและภายนอกกรมสุขภาพจิต โดยมีระยะเวลาฝึกอบรม ๔ เดือน ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จึงขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยกรมสุขภาพจิตสนับสนุนค่าลงทะเบียน ส่วนค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าพาหนะเดินทาง เบิกจากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง สามารถ Download ใบสมัครได้ที่ www.suansaranrom.go.th และส่งใบสมัครไปยัง นางสาวต้นติมา ด้วงโยธา ศูนย์ฝึกอบรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมการอบรมตามหลักสูตรดังกล่าว โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวบุญศิริ จันศิริมงคล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ศูนย์ฝึกอบรม

โทร ๐ ๗๗๙๑ ๖๕๘๕-๗

โทรสาร ๐ ๗๗๓๑ ๑๘๔๔

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ (รุ่นที่ ๕)
ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔
ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง

๑. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
๒. วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง..... อำเภอ.....
จังหวัด..... อายุราชการ.....ปี
๓. ตำแหน่งปัจจุบัน.....
๔. สถานที่ทำงาน.....
แผนก.....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....อีเมล์.....
๕. วุฒิการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาลหรือเทียบเท่า
คุณวุฒิ.....ปีที่จบการศึกษา.....
๖. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาตฯ.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ**
- ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
 - หลักสูตรอยู่ระหว่างการต่ออายุการรับรองจากสภาการพยาบาล

ส่งรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป พร้อมใบสมัคร (ถ่ายชุดขาวข้าราชการ หรือชุดพยาบาล)

กรุณาส่งใบสมัครที่ นางสาวตันติมา ดั่งโยธา

ศูนย์ฝึกอบรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐
โทรศัพท์ ๐ ๗๗๙๑ ๖๕๕๕ - ๗ โทรสาร ๐ ๗๗๓๑ ๑๘๔๔

ท่านมีความประสงค์จองห้องพักของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

- | | | |
|---|------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่จอง | <input type="checkbox"/> จอง | โปรดระบุ |
| <input type="checkbox"/> ต้องการจองที่พัก ห้องพัสดุ | ราคา เดือนละ | ๒,๔๐๐ บาท / คน |
| <input type="checkbox"/> ต้องการจองห้องพัก ห้องแอร์ | ราคา เดือนละ | ๔,๕๐๐ บาท / คน |