

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่..... 7062.....
 วันที่ 17/ส.ค. 2558.....
 เวลา 14:38.....



ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๑๐๗๖๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
 กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลจังหวัด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการ
 วิทยาลัยพยาบาล / คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ /

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับประชาสัมพันธ์หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
 ๒. โบสถ์ครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
 ๓. หนังสือรับรอง

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติ
 ให้ดำเนินการหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รุ่นที่ ๓
 ประจำปี ๒๕๕๘ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถ
 เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปกติและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ทางด้านการคัดกรอง
 การสังเกตพฤติกรรมเด็กที่ควรได้รับการแก้ไข การหาสาเหตุของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าและรักษาได้
 ในระดับเบื้องต้น กระตุ้นพัฒนาการเด็กทรอบข้อป่งขึ้นในการส่งต่อและติดตาม

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าว
 เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพหรืออาจารย์พยาบาล
 ที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็กไม่น้อยกว่า ๒ ปี เข้ารับการอบรมหลักสูตร
 การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน
 ผู้เข้ารับการอบรมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สามารถเข้าร่วมการอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา
 และให้เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว รับจำนวน
 จำกัด ๓๐ คน โดยส่งหลักฐานประกอบการสมัครได้ที่ นางสมิตรา อ้าวจินดา งานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ชั้น ๒
 อาคารมหิตลาธิเบศร โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๓๒๐๑,๓๒๐๒ หรือ ๐๘๑-๐๒๙๒๘๐๙ ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน - ๓๐
 พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 - เพื่อโปรดทราบ.....
 เห็นควร..... ให้..... กท.ทุกที่พบ รสพ

 สุภารัตน์ วงษ์ยศ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โลห์จินดารัตน์)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
 ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
 กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.เด็กพิเศษ@รพ.ราชวิถีหรือที่ศูนย์ฯ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

(นายเนชชา จันทราชกุล)

นางพยาบาลสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ๑

เนื้อหาวิชา

1. นโยบายสุขภาพและการพยาบาล
2. การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก

3. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม ๑
๔. ปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม ๒
๕. ปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม

*เนื้อหาตามรายละเอียดของหลักสูตรที่

สภาการพยาบาลกำหนด

วิธีการ : บรรยายและฝึกปฏิบัติ
จำนวนหน่วยกิตการเรียน ๑๕ หน่วยกิต
แบ่งเป็น

ภาคทฤษฎี ๑๑ หน่วยกิต

ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

หมายเหตุ

การฝึกภาคปฏิบัติให้สอดคล้องสภาพเรียบร้อย
จำนวนผู้เข้ารับการอบรม : จำนวน ๓๐ คน

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียด

เพิ่มเติมได้ท

ผู้ประสานงาน :

นางสุเมตตา อัจฉินดา
งานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
ชั้น ๒ อาคารมหิตลาธิเบศร
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์: ๑๔๑๕ ต่อ ๓๒๐๑ , ๓๒๐๒
โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑-๐๒๙-๒๘๐๙

Website: www.childrenshospital-training.com

E-mail: ticketg2@gmail.com



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม

รุ่นที่ ๓ ประจำปี ๒๕๕๙

หลักสูตรได้รับการรับรองหน่วยคะแนน
การศึกษาคือเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์
(CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน

ใบสมัคร

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม
รุ่นที่ ๓ ประจำปี ๒๕๕๙ (อบรมวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙)
ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รูปถ่าย

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
Name (Mr./Mrs./Miss.).....Lastname.....
ตำแหน่ง.....
2. ที่อยู่ติดต่อได้.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ (บ้าน) มือถือ.....
E-mail address.....
3. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน..... โรงพยาบาล.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
4. ประสบการณ์การทำงาน (ขอสงวนสิทธิ์ไม่พิจารณาหากข้อมูลต่าง ๆ มีรายละเอียดไม่ครบถ้วน)
 - 4.1 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)
 - 4.2 ปฏิบัติงานที่หน่วย (ระบุ)..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)
 - 4.3 อาจารย์พยาบาล..... ระยะเวลา..... ปี (พ.ศ. ถึง ..)

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์ได้ที่

คุณสุมิตรา อ่าวจินดา งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๒
อาคารมหิตลาธิเบศร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๓๒๐๑,๓๒๐๒, ๐๘๑-๐๒๙-๒๘๐๙ E-mail : tickpg2@gmail.com

Fax ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ดูรายละเอียดได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หลักฐานประกอบการสมัคร

- ใบสมัคร
- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน
- สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรหรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่มีอายุไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- หนังสือรับรองการทำงานจากหน่วยงานต้นสังกัด (ตามแบบฟอร์มที่ให้)

หมายเหตุ

- กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือขอ File ได้ที่ E-mail : tickpg2@gmail.com
- รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘
- ให้ส่งเอกสารการสมัครทางไปรษณีย์เท่านั้น พิจารณาเฉพาะผู้ที่ส่งเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง
ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ (ตามตราที่ประทับทางไปรษณีย์)
สอบคัดเลือกวันศุกร์ที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๘
ประกาศผลสอบวันจันทร์ที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ ทาง : www.childrenhospital-training.com
- ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรมในปีต่อ ๆ ไป
- อบรมวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙

หนังสือรับรอง (Recommendation)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น.....

ขอรับรองผู้สมัครในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑. พฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้สมัครเป็นอย่างไร

.....
.....

๒. ผู้สมัครเข้ารับการอบรมมีความพร้อมที่จะเข้ารับการอบรมหรือไม่

.....

๓. ทางหน่วยงานได้ทำแผนส่งเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมไว้แล้วหรือไม่

.....

๔. กรณีผ่านการคัดเลือกทางหน่วยงานมีความพร้อมส่งผู้สมัครเข้ารับการอบรมหรือไม่

.....

๕. ความจำเป็นพิเศษที่สนับสนุนให้เข้ารับการอบรม

.....

.....

(ลงนาม)

(.....)

ตำแหน่ง

(.....)

วันที่

(.....)

- หมายเหตุ
- ผู้รับรอง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าพยาบาลหรือคณบดี
 - กรุณากรอกรายละเอียดทุกข้อ

ขั้นตอนการรับสมัคร

๑. รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๘ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘
๒. ส่งหลักฐานการสมัครมาได้ที่ นางสุมิตรา อ่าวจินดา งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๒ อาคารมหิตลาธิเบศร
สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
(ไม่รับเอกสารทาง Fax หรือ E-mail)
๓. คณะกรรมการจะพิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติในใบสมัคร และทำการสอบคัดเลือก
วันศุกร์ที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๘.๐๐-๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔. ประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมในวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ ทาง: www.childrenhospital-training.com
๕. ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิในการเข้ารับการอบรมในปีต่อไป