

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่ ๐๗๕
วันที่ ๒๕ ธ.ค. ๒๕๕๘
เวลา ๑๖.๓๐ น



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ ๑๑๓๐
วันที่ ๒๕ ธ.ค. ๒๕๕๘
เวลา ๑๓.๕๐

ที่ สธ ๐๘๒๒.๕/ก ๑๕๒๕

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
๖๑ ซอยเทศบาล ๑๙ ถนนสุขุมวิท
อำเภอเมือง สมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ/ ผู้อำนวยการสถาบัน/โรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ
สถาบันราชานุกูล และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์ จะจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและ
วัยรุ่น รุ่นที่ ๓ โดยจัดอบรมระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙ รวมระยะ
เวลาในการฝึกอบรมเป็นเวลา ๔ เดือน โดยเริ่มการรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๒๕
มกราคม ๒๕๕๙ พิจารณาผู้เข้ารับการอบรมดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น
จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาพยาบาลปฏิบัติการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
ในเด็กและวัยรุ่นทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานของท่าน จึงใคร่ขอเชิญพยาบาล
วิชาชีพในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม โดยการอบรมครั้งนี้ มีค่าใช้จ่ายในการอบรมค่าลงทะเบียน
๔๐,๐๐๐ บาท/คน (ส่วนของค่าที่พัก, ค่าเดินทาง, ค่าเบี้ยเลี้ยง สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงาน
ต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา หากมีข้อสงสัย สามารถติดต่อ
นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ
โทรศัพท์ ๐ ๒๓๘๐ ๕๖๐๒-๐๔ ต่อ ๗๒๖๐๘ หรือ ๐๘๑ ๙๓๗๑๗๒๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลวิชาชีพในสังกัดหน่วยงานของท่าน
ทราบ และอนุญาตให้เข้าร่วมอบรม ตาม วัน เวลาดังกล่าวข้างต้น จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ.....
เห็นควร 11/๒ สก.ทกท.ทว

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวรชนี ฉลองเกื้อกุล)

11/๖๓๗/สกท.

สุภาวรัตน์ วงษ์ยศ
นักวิชาการสาธารณสุข
๑๑ ม.ว. ๕๗

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

กลุ่มการพยาบาล
โทร. ๐ ๒๓๘๔๓๓๘๑-๓ ต่อ ๗๒๖๐๘
โทรสาร ๐ ๒๓๘๔ ๑๘๔๕

(นายสุชิน คันคง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ธวัชชัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ม.1 ต.อุทัยใหม่ อ. เมืองอุทัยธานี จ.อุทัยธานี
61000



ชื่อหลักสูตร

ภาษาไทย : หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็ก และวัยรุ่น

ภาษาอังกฤษ : Training Program of Nursing Specialty in Child and Adolescent Psychiatric Nursing

ชื่อประกาศนียบัตร

ภาษาไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น

ภาษาอังกฤษ : Certificate of Nursing Specialty in Child and Adolescent Psychiatric Nursing

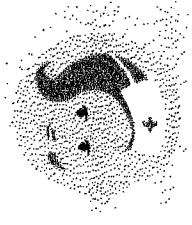
วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

หลังจากที่สำเร็จการศึกษาผู้เข้ารับการอบรม สามารถ

1. ประเมินพัฒนาการและภาวะสุขภาพ ตรวจการคัดกรอง, จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจากผู้เกี่ยวข้อง เพื่อการส่งต่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรค และรับการรักษาต่อไป
2. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงได้
3. ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและผู้ที่มีปัญหาทางการปกครอง เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์, ปัญหาพฤติกรรม โดยบูรณาการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างเหมาะสม
4. มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร แต่ยังคงได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลหรือในชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัด รักษา
5. ให้การรักษากับครอบครัวของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้
6. จัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยประสานความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพทุกระดับและทุกภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม
7. พัฒนาระบบการพัฒนาคู่มือภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

1. สำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรหรือปริญญาตรีในวิชาชีพการพยาบาล และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล
 2. เป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี
 3. สามารถเข้าอบรมได้เต็มเวลา
- สถานที่ยื่นภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ
 - ภาคทฤษฎี เรียนที่ สถาบันราชานุกูล
 - ภาคปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติที่ โรงพยาบาลผู้ประสานสาขาทนายธรรม์, ศูนย์พัฒนาเด็กในจังหวัด, โรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา



เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้เข้าอบรมต้องมีเวลาอบรมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 จึงมีสิทธิ์เข้ารับการประเมินผล
2. วัตถุประสงค์ตามแนวทางการประเมินผล หลักสูตร การอบรม เฉพาะทางของสภาการพยาบาล โดยการประเมินผลเป็นลำดับขั้น (Grade) ตามความหมาย และค่าระดับชั้น
3. ผู้เข้ารับการอบรมต้องได้คะแนนเฉลี่ย ตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่า 2.00 ในระบบ 4.00

ระยะเวลาการศึกษา

ระยะเวลาการศึกษา 4 เดือน (17สัปดาห์)
โดยรับสมัครรุ่นละ 20 คน ไม่มีการสอบใดๆทั้งสิ้น

พิจารณาตามคุณสมบัติผู้อบรมที่กำหนด

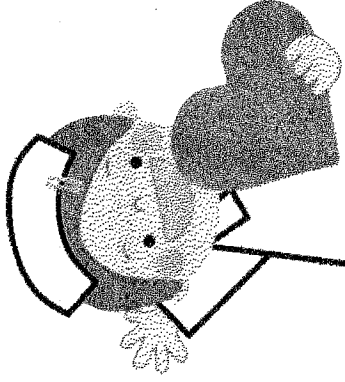
- รับสมัครระหว่าง 10 พฤศจิกายน 2558 - 31 มกราคม 2559

- เริ่มการอบรมวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 - 31 พฤษภาคม 2559

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท

(นอกจากค่าลงทะเบียน ส่วนของค่าที่พัก, ค่าเดินทาง, เบี้ยเลี้ยง เบิกตามระเบียบราชการ)



Download ใบสมัครที่

www.yuwapasart.com



หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

Training Program of Nursing Specialty

in Child and Adolescent Mental Health and

Psychiatric Nursing

หากสนใจหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อ

นางอังฉวีร์ สุวรรณกุล

กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลพระสวาทไวยุโรปสัมพันธ์

จ.สมุทรปราการ

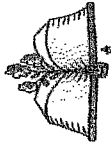
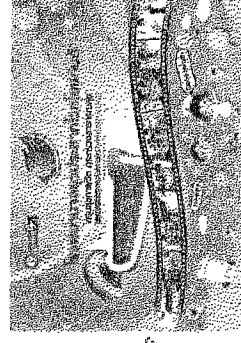
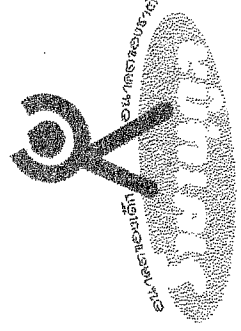
โทรศัพท์ 02-3805602 ,

02-3805603, 02-3805604

ต่อเลขหมายภายใน 72608

หรือ

081 - 9371723



หมายเหตุ

1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. สอบถามรายละเอียดได้ที่นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โทรศัพท์ 02 - 380 - 5601 - 3 ต่อ 72166

กรุณาส่งใบสมัคร และหลักฐานประกอบการสมัคร ที่

- นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล ฝ่ายฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
เลขที่ 61 ถนนสุขุมวิท ตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ
โทรศัพท์ 02 - 380 - 5601 - 3 ต่อ 72608 มือถือ 081 - 9371723

E - Mail achlady2504@hotmail.com

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากีรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น”

ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2559

ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สมุทรปราการ

(กรุณาเขียนตัวบรรจงด้วยปากกาสีเข้ม)

- ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
อายุ.....ปี ศาสนาวันเดือนปีเกิด.....
- อายุราชการ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....
- ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....
หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....
- วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
คุณวุฒิ.....สาขา.....
สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
- คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ได้อนุญาตให้.....ตำแหน่ง.....
เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากีรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....