

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
รับเลขที่ ๗๐๙ วันที่ ๑๙ เม.ย. ๒๕๖๔  
เวลา ๑๘.๐๑



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ ๙๒๔ วันที่ ๑๙ เม.ย. ๒๕๖๔  
เวลา ๑๓.๔๑

ที่ สธ ๐๘๒๖/ว ๗๗๔

เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญส่งข้าราชการเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

จำนวน ๒ แผ่น

๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม

จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำหนดจัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๑๕ ในระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ รวมระยะเวลาในการฝึกอบรม ๕ เดือน สำหรับพยาบาลวิชาชีพในสังกัดกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานภายนอก จำนวน ๔๐ คน โดยเริ่มรับสมัครตั้งแต่ปัจจุบันเป็นต้นไป ดังรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓ (จังหวัดนครสวรรค์) ขอเชิญบุคลากรในสังกัดของท่าน เข้ารับการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๑๕ ในระหว่าง วันที่ ๑ สิงหาคม - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ และส่งใบสมัครเข้ารับการอบรมตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ใบที่ กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล เลขที่ ๔๗๓๗ ถนนดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ ๑๐๔๐ โดยมี นางสาววรรณภา เปรมปรีดา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ประสานงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาส่งข้าราชการเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ขอแสดงความนับถือ

- เพื่อโปรดทราบ  
พื้นที่ ๑๖๒ ๗๗๔

สุภารัตน์ วงศ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

๒๗๗ ๘๘๗

๑๗๗ ๘๘ ๗๗๗

(นางเดือนเพ็ญ ชาญณรงค์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๓ (จังหวัดนครสวรรค์)

เจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายสุชน ศันศร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทพัน รักษาการในตำแหน่ง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต

โทรศัพท์ ๐ ๕๖๒๖ ๗๗๔๘

โทรสาร ๐ ๕๖๒๖ ๗๐๐๕

Email : mhc08@hotmail.com

(7)



2.2 ปฏิบัติการพยาบาลรัฐเวชศาสตร์และวัยรุ่น จำนวน 4  
หน่วย (Child and Adolescent Psychiatric Nursing Practice)

1.4 การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 4 หน่วยยิบติ  
(Child and Adolescent Psychiatric Nursing)

ความสามารถด้านการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหา  
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาระบำบัดครัวเรือน ภาระบำบัด  
บุคคลในครอบครัวเด็กและวัยรุ่น ภาระดูแลครอบครัวของเด็กและ  
เยาวชนที่มีปัญหานักเรียน ภาระดูแลครอบครัวของเด็กและเยาวชนที่มีปัญหานักเรียน  
ทางการแพทย์เด็กและวัยรุ่น ภาระดูแลครอบครัวของเด็กและเยาวชนที่มีปัญหานักเรียน  
ทางการศึกษาเด็กและวัยรุ่น ภาระดูแลครอบครัวของเด็กและเยาวชนที่มีปัญหานักเรียน

2. ราชวิเชล想念คบีบีต 5 หน่วยกิต

2.1 ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและทารุก  
จำนวน 2 หน่วยกิต (Child and Adolescent  
Nursing Practice)

ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและทารุก  
สหสัมภาระ ครอบคลุมเรื่องดูแล  
จากอาการป่วยและการเม็ดติด  
เส้นรุ้ง การบูรณะและการดูแล  
เด็กที่หลังท้องถูกน้ำซึ่งประจำ  
เป็นเวลาร่อง  
และรู้จักกับน้ำปัสสาวะของเด็กๆ เพื่อการดูแล  
และดูแลรักษาสุขภาพเด็กๆ ให้เป็นไป  
โดยยังคงเป็นเด็กที่สุขภาพดี

อาจารย์วรรษมนก้า ปรัมปุรีดา  
โทรศัพท์ 0 2248 8934 แฟกซ์ 0 2244 8881  
โทรศัพท์เครือข่ายที่ 08 6015 8881  
โทรศัพท์ 0 2248 8934  
E-mail: tpwachub@gmail.com

1. ສຶກພາຍະນະ—25 ພທຣີກາຍະນ 2559  
ລມ ສປາບັນຫຍານບຸກິຕ ກຽງທະພາບນານຄຣ

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น” รุ่นที่ 15  
ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 25 พฤษภาคม 2559 รวม 17 สัปดาห์ ณ สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร

(กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)\*\*\*

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) ..... อายุ \_\_\_\_ ปี วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_  
ค่าสถาน \_\_\_\_\_ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์เคลื่อนที่ \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

2. ตำแหน่งปัจจุบัน ..... ระดับ ..... อายุราชการ ..... ปี  
4. สถานที่ทำงานปัจจุบัน ..... หน่วยงาน ..... ระดับบพ. (รพศ/รพท/รพช/รพสต.)  
เครื่องข่ายบริการที่ \_\_\_\_\_ เขตตรวจราชการ \_\_\_\_\_

5. ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_  
จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

5. ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ .....

6. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ..... หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล .....

7. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด  
คุณวุฒิ ..... สาขา .....  
สถานศึกษา ..... ปีที่จบการศึกษา .....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา  
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... ตำแหน่ง .....  
ได้อนุญาตให้ ..... ตำแหน่ง .....

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- หมายเหตุ 1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาขึ้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป  
2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป  
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน  
3. ค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายระหว่างการศึกษา และหลักสูตร สอนตามรายละเอียดได้ที่ อาจารย์วรรณภา เพэмบี้ด้า  
งานหลักสูตรและฝึกอบรมการพยาบาล โทรศัพท์ 0 2248 8934 และ 0 2248 8900 ต่อ 70398 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 6015 8881  
4. โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจง/พิมพ์

กรุณาส่งใบสมัคร และหลักฐานประกอบการสมัคร ที่

อาจารย์วรรณภา เพэмบี้ด้า ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 0 2248 8934 และ 0 2248 8900 ต่อ 70398 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 6015 8881 โทรสาร 0 2248 8934

E-mail: [tonchu@gmail.com](mailto:tonchu@gmail.com)