



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
เลขที่ 10251
วันที่ ๒๗ ต.ค. ๒๕๖๓
เวลา

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว ๕๕๙

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถาบันพระบรมราชชนก

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
รับที่ 2718
วันที่ 27 ต.ค. 2563
เวลา

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/นายกเทศมนตรี/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล/หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสนับสนุน
ระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ให้จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติ
ครอบครัว รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพรองรับ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (PCC) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล เปิดรับสมัคร
จำนวน ๕๐ คน ระยะเวลาการอบรม ๖ สัปดาห์ ระหว่างวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔
ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก
ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์
ให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษา
โรคเบื้องต้น) เรียบร้อยแล้ว โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑
ห้อง ๑๑๒ (วันวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แถวจันทิก วิทยาลัยพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย
หรือดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน นพ.สสจ.

- เพื่อโปรดทราบ
- แจ้ง รพ.ทุกแห่ง
- แจ้ง สสจ.ทุกแห่ง
- ประชาสัมพันธ์ในเว็บไซต์



(นางปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒ พย ๖๓
นพ.สจ.



(นายจรัญ จันทัตตการ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อห้อง ๑๑๒
โทรสาร ๐-๓๒- ๔๐๐๕๗๓



รายละเอียดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๓

.....
อบรมภาคทฤษฎี สัปดาห์ที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

สัปดาห์ที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๒ มกราคม ๒๕๖๓

อบรม ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อบรมภาคปฏิบัติ สัปดาห์ที่ ๒ - ๕ ระหว่างวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

ถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

โดยฝึกภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ในจังหวัดและต่างจังหวัด

ตามที่วิทยาลัยฯกำหนด

-สมัครได้ตั้งแต่วันนี้ ถึงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

ไม่เสียของลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๓/๒๕๖๔

อบรมระหว่างวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ของตัวเอง

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง

วัน /เดือน / ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เลขใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

สถาบันที่จบการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติ.....

มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น).....ปี ตั้งแต่.....

๒. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....หมู่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....เบอร์มือถือ.....Email.....

๔. บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อ ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.).....
เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ สมัครด้วยตนเองได้ที่วิทยาลัย ฯ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ /สมัครทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

สามารถสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckp.ac.th

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

อาจารย์สถาพร แถวจันทิก (๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒๐๓ ม. ๒ ต.ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อ ๑๑๒ Fax. ๐-๓๒๔๐-๐๕๗๓

หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือ
การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาล
เฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๔. สำเนาทะเบียนบ้าน

๕. สำเนาบัตรประชาชน

๖. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป

๘. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชา และ
อนุมัติให้ลามาอบรมได้จากต้นสังกัด

๙. สำเนาปริญญาบัตร

หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....

- มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน ปี

ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน และยินดีต่อนุมัติให้นาง/นางสาว/นาย.....

.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

อบรมระหว่างวันที่เดือน..... พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร
กรณี ร.พ. ชุมชน / ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ
กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพสต. คือ สาธารณสุขอำเภอ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง
จังหวัดเพชรบุรี 76000

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
ใบอนุญาตเลขที่ 89/2532
ไปรษณีย์จังหวัดเพชรบุรี

เรียน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
อ.เมือง จ.ตาก 63000