



01/24/06/59

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๖๓๓
วันที่ ๒๐ มิ.ย. ๒๕๕๙
เวลา ๑๑.๓๐

ที่ สธ ๐๘๒๒.๕/๑๕๕๖

กลุ่มงานพัฒนาการแพทย์และสุขภาพ
เลขที่ 396
วันที่ ๑๖ มิ.ย. ๒๕๕๙
เวลา ๑๖.๕๐ น.

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
๖๑ ซอยเทศบาล ๑๙ ถนนสุขุมวิท
อำเภอเมือง สมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

๑๒ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการสถาบัน / โรงพยาบาล
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๒. ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบัน
ราชานุกูล และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ จัด
อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๔ โดยจัดอบรม
ระหว่างวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ รวมระยะเวลาในการฝึกอบรมเป็นเวลา ๔ เดือน
โดยเริ่มการรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๕๙ พิจารณาผู้เข้าอบรมตั้ง
รายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าหลักสูตรข้างต้นจะเป็น
ประโยชน์ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น
ทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานของท่าน จึงใคร่ขอเรียนเชิญพยาบาลวิชาชีพใน
หน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม โดยการอบรมครั้งนี้มีค่าใช้จ่ายในการอบรม ค่าลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท / คน
(ส่วนของค่าที่พัก, ค่าเดินทาง, ค่าเบี้ยเลี้ยง สามารถเบิกจ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง
เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา หากมีข้อสงสัย สามารถติดต่อ นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ ๐ ๒๓๘๐ ๕๖๐๑ ๓ ต่อ ๗๒๖๐๘ หรือ
มือถือ ๐๘ ๑๙๓๗ ๑๗๒๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุมัติให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานเข้าร่วม
การอบรมหลักสูตรดังกล่าวและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เขียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ตำแหน่ง

- รักษาราชการ

ชื่อย่อ

ขอแสดงความนับถือ

ชื่อย่อ

(นางสาวรัชณี ฉลองเกื้อกุล)

(นางฉวีณา ตั้งชาติ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- ชื่อย่อ

ตำแหน่ง

กลุ่มการพยาบาล

หลักสูตร

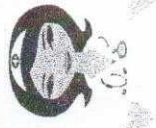
ไทย : หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง
การพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็ก
วัยรุ่น

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

ระกาศนียบัตร

ไทย : ประกาศนียบัตรการพยาบาล
เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลจิตเวชเด็ก
วัยรุ่น

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



วัตถุประสงค์เฉพาะของหลักสูตร

หลังจากที่สำเร็จการศึกษาผู้เข้ารับการอบรม
สามารถ

- ประเมินพัฒนาการและภาวะสุขภาพ ตรวจการ
คัดกรอง, จำแนกผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจาก
ผู้ป่วยโรคอื่นๆ เพื่อการส่งต่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรค
และรับการรักษาต่อไป
- ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต และ
ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นทั่วไป
และกลุ่มเสี่ยงได้
- ให้การบำบัดเบื้องต้นแก่เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ
บกพร่อง เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางอารมณ์,
ปัญหาพฤติกรรม โดยบูรณาการความรู้และหลักฐาน
เชิงประจักษ์ได้อย่างเหมาะสม
- มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น
ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค แล้วส่งกลับมารับการบำบัด
รักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล
หรือในชุมชนมีส่วนร่วมในการบำบัด รักษา
- ให้การปรึกษาแก่ครอบครัวของเด็กและวัยรุ่น
ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้
- จัดระบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดยการประสาน
ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพทุกระดับและทุก
ภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสม
- พัฒนาโครงการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม

1. สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตร
หรือปริญญาบัตรในวิชาชีพการพยาบาล และ
ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล
หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 จาก
สภาการพยาบาล

2. เป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงาน
ทางการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. สามารถเข้าอบรมได้เต็มเวลา

สถานที่เรียนภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ

- ภาคทฤษฎี เรียนที่ สถาบันราชานุกูล
- ภาคปฏิบัติ ฝึกปฏิบัติที่ โรงพยาบาลยุว
ประสาทไวทโยปถัมภ์ , ศูนย์พัฒนาเด็ก
เล็กในจังหวัด, โรงเรียนระดับประถม
ศึกษาและมีมัธยมศึกษา



การประเมินผล

เข้าอบรมต้องมีเวลาอบรมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90
ที่เข้ารับการประเมินผล

ผลตามแนวทางการประเมินผล หลักสูตร
อบรม เฉพาะทางของสภาการพยาบาล โดย
มีผลเป็นลำดับขั้น (Grade) ตามความหมาย
ในระดับชั้น

เข้ารับการอบรมต้องได้คะแนนเฉลี่ย
หลักสูตรไม่น้อยกว่า 2.00 ในระบบ 4.00

เวลาการศึกษา

ระยะเวลาการศึกษา 4 เดือน (17สัปดาห์)
สมัครรุ่นละ 30 คน ไม่มีการสอบใดๆทั้งสิ้น

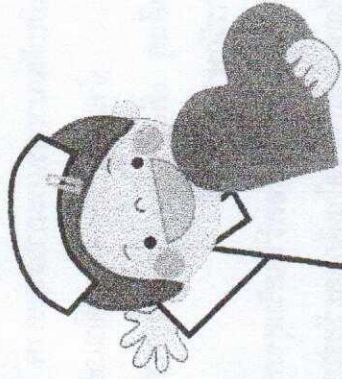
ณตามคุณสมบัตินับรวมที่กำหนด
สมัครระหว่าง 15 พฤษภาคม 2559 - 30
ตุลาคม 2559

การอบรมวันที่ 1 สิงหาคม 2559 - 25
กุมภาพันธ์ 2559

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

ะเบียน 40,000 บาท

ค่าลงทะเบียน ส่วนของค่าที่พัก, ค่า
ง, เบี้ยเลี้ยง เบิกตามระเบียบบริษัท(าร)



Download ใบสมัครที่

www.yuwaprasart.com

หากสนใจหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อ

นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล

กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

จ.สมุทรปราการ

โทรศัพท์ 02-3805602 ,

02-3805603, 02-3805604

ต่อเลขหมายภายใน 72608

หรือ

081 - 9371723



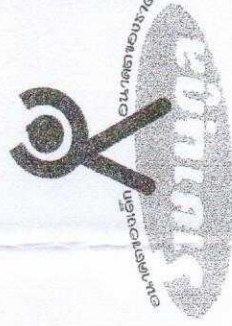
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

Training Program of Nursing Specialty

in Child and Adolescent Mental Health and

Psychiatric Nursing



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น”

ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2559 - 25 พฤศจิกายน 2559

ณ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สมุทรปราการ

(กรุณาเขียนตัวบรรจงด้วยปากกาสีเข้ม)

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

เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และ สำเนาบัตร
ประจำตัวประชาชน
3. สอบถามรายละเอียดได้ที่นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์
โทรศัพท์ 02 - 380 - 5601 - 3 ต่อ 72608 หรือ มือถือ 081 - 9371723

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.....