



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๕๐๒๘
วันที่ ๑๕ มี.ค. ๒๕๕๘
เวลา ๑๑.๓๐

ที่ สธ ๐๘๒๗/ว ๒๕๕

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔ กรมสุขภาพจิต
อาคารเอนกประสงค์ โรงพยาบาลศรีธัญญา
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๘/ ธันวาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบริจาคสัมพันธบัตรกรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักสูตรฯและใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔ กรมสุขภาพจิต
15/60/38
8.30

ด้วย โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันราชานุกูล และสถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์ รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำหนดจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๓ โดยจัดอบรมระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ รวมระยะเวลาในการฝึกเป็นเวลา ๔ เดือน โดยเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๘

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔ จึงขอให้หน่วยงานของท่านพิจารณาส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

พรน
- ป.ร. น.ร.สุภา
- ป.ร.น.ว.ร. / ส.ร. จ.ก.ร.

(นางสาวหทัยชนนี บุญเจริญ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช)

๒๓๓
(นางอัญชนา คิงขาศ)
ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต
15/60/38
๑๕ มี.ค. ๒๕๕๘

รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔ (จังหวัดนนทบุรี)

มอบคุณกานันท์
ป.ร.น.พิเศษ
14 มี.ค.

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๔ (จังหวัดนนทบุรี)
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๗ ๗๖๒๐ - ๒
โทรสาร ๐ ๒๕๒๖ ๕๑๓๕
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ mhcr04@hotmail.com



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โทร. ๐ ๒๓๘๔ ๓๓๘๑-๓ โทรสาร ๐ ๒๓๙๑ ๑๘๕๕

ที่ สร ๐๘๖๒.๕/๖๕๖๖

วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

เรียน ผู้อำนวยการสถาบัน/โรงพยาบาล/ศูนย์ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ด้วยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันราชานุกูล และสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จะจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๓ โดยจัดอบรมระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๙ รวมระยะเวลาในการฝึกอบรมเป็นเวลา ๔ เดือน โดยเริ่มการรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๙ พิจารณาผู้เข้ารับการอบรมตั้งรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่าหลักสูตรดังกล่าวข้างต้นจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาพยาบาลปฏิบัติการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงานของท่าน จึงใคร่ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม โดยการอบรมครั้งนี้ มีค่าใช้จ่ายในการอบรมค่าลงทะเบียน ๕๐,๐๐๐ บาท/คน (ส่วนของค่าที่พัก, ค่าเดินทาง, ค่าเบี้ยเลี้ยง สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา หากมีข้อสงสัย สามารถติดต่อ นางอัจฉรีย์ สุวรรณกุล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ ๐ ๒๓๘๐ ๕๖๐๒-๐๔ ต่อ ๓๖๖๐๘ หรือ ๐๘๑ ๙๓๗๑๗๒๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลวิชาชีพในสังกัดหน่วยงานของท่าน ทราบ และอนุญาตให้เข้าร่วมอบรม ตาม วัน เวลาดังกล่าวข้างต้น จะเป็นพระคุณ

(นางสาวรัชณี ฉลองเกื้อกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

เกณฑ์การประเมินผล

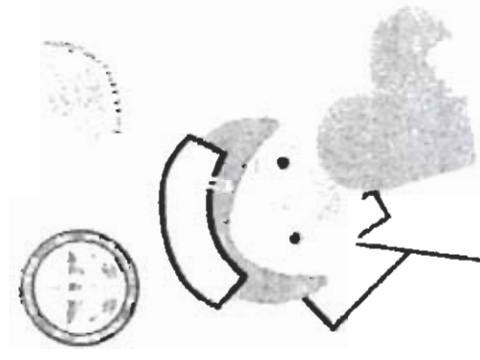
1. ผู้เข้าอบรมต้องมีเวลาอบรมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 และมีสิทธิ์ขาดรับการประเมินผล
2. วัดผลผลสัมฤทธิ์ทางการประเมินผล หลังสิ้นสุดการอบรม เฉพาะที่ของสถานประกอบการ โดยประเมินผลเป็นลำดับขั้น (Grade) ของความหมายและค่าระดับขั้น
3. ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยที่ถูกต้องไม่น้อยกว่า 2.00 ในร้อยละ 90.00

เงื่อนไขการศึกษ

- ระยะเวลาการศึกษา 4 เดือน (17 สัปดาห์)
- ค่าเล่าเรียน 30,000 บาท (ไม่รวมค่าที่พัก)
- ค่าอาหารกลางวัน 25,559 บาท
- รับผิดชอบระหว่าง 10 พฤศจิกายน 2558 - 31 พฤษภาคม 2559
- เริ่มการอบรมวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559
- 1 พฤษภาคม 2559

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

- ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท
- เอกจากค่าลงทะเบียน ส่วนของค่าที่พัก, ค่าเดินทาง, เบี้ยเลี้ยง เก็บตามระเบียบราชการ)



Download ในมือถือที่
www.yuwaprasart.com

หากสนใจหรือข้อสงสัย สามารถติดต่อ

นางอัญมณี สุวรรณกุล

กองการพยาบาล

โรงพยาบาลประสาทวชิรพยาบาล

จ.สมุทรปราการ

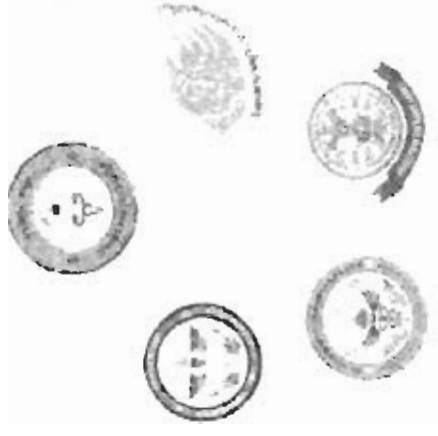
โทรศัพท์ 02-3805602

02-3805603, 02 3805604

ต่อเลขหมายภายใน 72608

หรือ

371 023



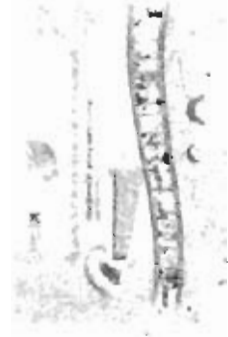
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

Training Program of Nursing Specialist

in Child and Adolescent Mental Health and

Psychiatric Nursing



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น”

ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม 2559

ณ โรงพยาบาลอุยวประสาทไวทโยบถัมภ์ สมุทรปราการ

(กรุณาเขียนตัวบรรจงด้วยปากกาสีเข้ม)

- ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
อายุ.....ปี ศาสนา.....วันเดือนปีเกิด.....
- 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.....
เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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.....