

พทช

02/29/12/63



96096
97. 4TH

ที่ สธ ๐๘๓๓/ว ๒๓๐๗

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

๓๐๐๐๐

1041
25 27 63
16.๐๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๓

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัคร จำนวน ๑ ใบ
- ๒. แผ่นพับ จำนวน ๑ ใบ

ด้วยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ร่วมกับสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๒๕ คน ระยะเวลาการอบรม ๔ เดือน ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ณ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จึงขอเชิญท่านส่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัดของท่านเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว (ตามรายละเอียดเอกสารที่แนบ) โดยรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ ทั้งนี้ ค่าลงทะเบียน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าที่พัก สามารถเบิกจากงบประมาณต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ อธิวิสาร)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๒๘ ธ.ค. ๒๕๖๓

- มอบทุนการศึกษา
ปลก

(นางสุนทรณี เรืองเดช)

กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล

25 ธ.ค. 63

โทร. ๐ ๔๔๒๓ ๓๙๙๙ ต่อ ๖๕๓๐๕, ๖๕๙๐๗

โทรสาร ๐ ๔๔๒๓ ๓๙๗๗

(นางสุนทรณี เรืองเดช)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

รูปถ่าย 1 นิ้ว

“การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน” รุ่นที่ 3

ระหว่างวันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ - วันที่ 31 เดือนพฤษภาคม 2564

ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ และสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

(กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)***

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....
ศาสนา.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....
E-mail:.....
2. ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....
3. สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
4. ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
5. ที่อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
6. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....
7. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด.....
คุณวุฒิ.....สาขา.....
สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา.....
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ได้อนุญาตให้.....ตำแหน่ง.....
เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาขั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป

2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 1 ชุด พร้อมหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน

3. ชำระค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ : ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนมิตรภาพ ชื่อบัญชีโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ เลขที่ 306-1-00039-9 กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้ว ขอสงวนสิทธิ์การคืนเงิน

กรุณาส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัครที่ หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทรสาร 0 4423 3977 E-mail: Jvknurse@gmail.com

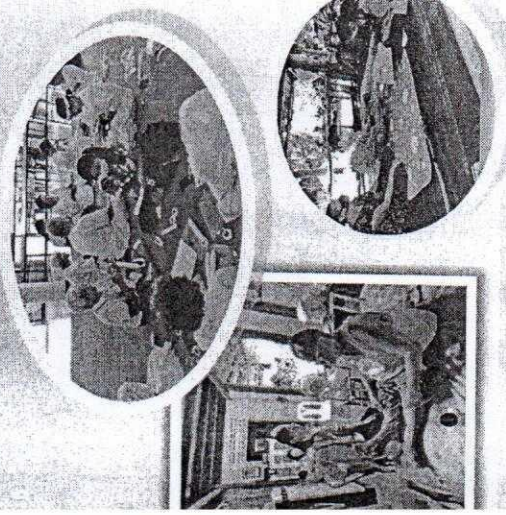
หมายเหตุ

สามารถดาวน์โหลดใบสมัครและเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
 ไปที่เว็บไซต์โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมากรชนครินทร์
 //www.jvkorat.go.th/?p=2379
 เว็บไซต์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
 http://nursing.sut.ac.th

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

สารนิเทศกร แก้วพิลา งานวิชาการ กลุ่มภารกิจพยาบาล
 4423-3999 ต่อ 65926 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1725 8011
 สวรรค์นิวรรณ รัตสิทธิ์ กลุ่มภารกิจพยาบาล โทรศัพท์
 3999 ต่อ 65305

หญิง.ดร.ปิยอร วจนะทินภัทร สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
 วิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 1422 3507 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09 4521 5865
 ปรภา โนนสุภาพ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 ลีสุรนารี โทร : 0 4422 3507



ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

"การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลจิตเวชและจิตเวชชุมชน" รุ่นที่ 3
 ระหว่างวันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ - วันที่ 31 เดือนพฤษภาคม 2564

ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมากรชนครินทร์ และสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

(กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)***

- ชื่อ-สกุล (นาม-นามสกุล)..... อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....เดือน.....
- ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ..... สาขาการศึกษา.....ปี.....เดือน.....
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....ตำแหน่ง.....อำเภอ/เขต.....
- ที่อยู่เดิม.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- ที่อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/จังหวัด.....
- จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....หมายเลขสมาชิกสภาพยาบาล.....
- วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด.....

ภูมิลำเนา.....สารา.....
 สถานศึกษา.....ปีจบการศึกษา.....
 8. ศาสนา.....
 ชื่อตำแหน่ง.....ตำแหน่ง.....
 ได้เคยดูได้ที่.....ตำแหน่ง.....

แจ้งการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลจิตเวชและจิตเวชชุมชน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง.....
 (.....)

ตำแหน่ง.....ตำแหน่ง.....
 วันที่.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาต้นระดับหรือหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป

2. หลักสูตรการอบรมครั้งนี้ ให้นักเรียนพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมการ อบรม 1 ปี จำนวน 2 รุ่น ส่วนในอนาคตร
 ประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ นครราชสีมา
 อบรมฟรี ค่าลงทะเบียน 306-1-000396-9 กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้ว ขอสงวนสิทธิ์การคืนเงิน

3. ค่าใช้จ่ายจะเป็นเงินจำนวนทั้งหมดที่ส่ง : ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนมิตรภาพ ชื่อบัญชีโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมากร
 นครราชสีมา รหัส 306-1-000396-9 กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้ว ขอสงวนสิทธิ์การคืนเงิน
 กรณีมีข้อสงสัยขอสอบถามรายละเอียดที่ : สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 โทรสาร 0 4423 3977 E-mail: jkms@jvkorat.ac.th

สามารถ Download ใบสมัครได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลจิตเวช
 นครราชสีมากรชนครินทร์ https://www.jvkorat.go.th/?p=2379
 หรือเว็บไซต์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 http://nursing.sut.ac.th

ขอเชิญเข้าร่วมอบรม

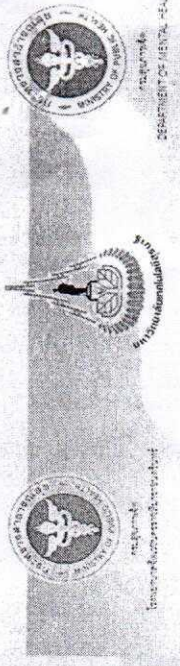
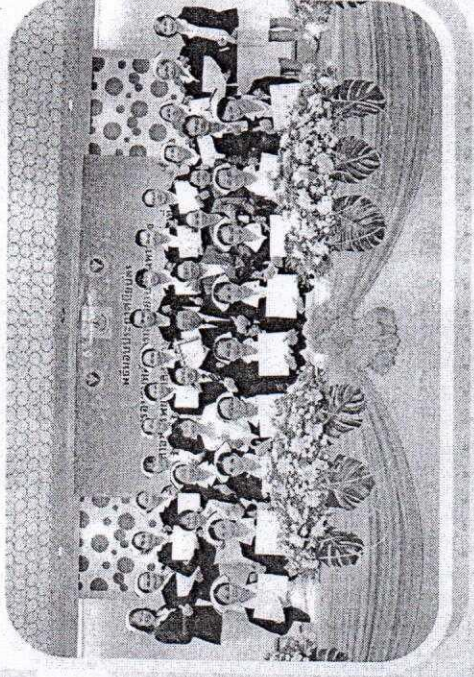
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน รุ่นที่ 3

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมากรชนครินทร์
 ร่วมกับ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 — 31 พฤษภาคม 2564

สภาการพยาบาลได้รับรอง

หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง 50 หน่วยคะแนน



หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

วิชาการพยาบาลสุขภาพจิต

ละติจิตเวชชุมชน รุ่นที่ 3

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในด้านการพยาบาล ภาพจิตและจิตเวชชุมชน
สามารถประเมินสภาวะสุขภาพ คัดกรอง ให้ข้อวินิจฉัย และ แผนทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แก่ผู้รับบริการ
ในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้
ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนทั่วไป
ป้องกันการเจ็บป่วยในกลุ่มเสี่ยง โดยให้บริการปรึกษาและ
การกับความคิด
ณาการความรู้ ผลการวิจัย ข้อมูลเชิงประจักษ์ เทคโนโลยี
หลักในการจัดการสารสนเทศทางการพยาบาลในการ
ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนได้อย่างเหมาะสม
คลึงกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

โครงสร้างของหลักสูตร

กิตตลดหลักสูตร 18 หน่วยกิต

เพชชฎี 11 หน่วยกิต

ปฏิบัติ 7 หน่วยกิต

ระยะเวลาการฝึกอบรม

เป็นเวลา ระยะเวลา 18 สัปดาห์

ป้ด้าห์แรก ศึกษาด้วยตนเองเพื่อปรับพื้นฐานการพยาบาล
จิตและจิตเวช ผ่านระบบออนไลน์ ณ หน่วยงานตนเอง
ว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2564
ด้าห์) ณ สถานที่จัดอบรม

คุณสมบัติผู้สมัคร

- 1) พยาบาลวิชาชีพ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาล หรือเทียบเท่าปริญญาตรี ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1
- 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี ก่อนเข้า รับการอบรม หรือมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลด้าน สุขภาพจิต ไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3) มีอายุ ไม่เกิน 55 ปี นับจนถึงวันอบรม
- 4) มีหนังสืออนุญาตให้เข้ารับการอบรมจากผู้บังคับบัญชา และ สามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มเวลา ตามกำหนด

การจัดการเรียนการสอน

- 1) ภาคทฤษฎี 6 สัปดาห์ อากาศฝึกอบรมและวิชาการ โรงพยาบาล จิตเวชนครราชสีมานครินทร์
- 2) ภาคปฏิบัติ 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมานครินทร์
- 3) ฝึกภาคปฏิบัติในชุมชน 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติงานในชุมชน
- 4) ฝึกปฏิบัติในชุมชน 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติงานที่หน่วยงานต้นสังกัด คือ โรงพยาบาลสีคิ้ว และโรงพยาบาลโนนสูง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

อัตราค่าลงทะเบียนตลอดหลักสูตร

- 1) ค่าลงทะเบียนเบิกจ่ายจากต้นสังกัด
 - หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข
 - ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
 - หน่วยบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
 - ค่าลงทะเบียน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)
- ยกเว้นค่าลงทะเบียน แก่หน่วยบริการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9
 - ชำระค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ 15 มกราคม 2564
 - 2) ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง เบิกจากต้นสังกัดตามระเบียบ กระทรวงการคลัง

หลักฐานประกอบการสมัคร

- 1) รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- 2) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตร สมาชิกพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 1 ชุด
- 3) หลักฐานการชำระเงิน

ระยะเวลาการรับสมัครและการชำระเงิน

รับสมัครตั้งแต่วันที่ จนถึง 15 มกราคม 2564

ชำระค่าลงทะเบียนเข้าบัญชี :

ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี

ชื่อบัญชีโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมานครินทร์

เลขที่ 306-1-00039-9

ส่งหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน พร้อมใบสมัคร

สามารถส่งด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ แฟกซ์ หรือ E-Mail

1) ส่งไปที่กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช

นครราชสีมานครินทร์

Fax: 0 4423 3977

E-mail: jvknurse@gmail.com

2) ส่งไปที่ คุณสุรภา โนนสุรภาพ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Fax: 0 4422 3506

E-mail: Surada@sut.ac.th

