



วันที่ ๑๕/๗
 วันที่ - ๑๖ ม.ค. ๒๕๕๙
 เวลา ๑๕.๐๐

ที่ สธ ๐๓๑๒.๗/ ๑๐๗๒๒

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
 ๑๓๙ ม.๔ ต.บึงสนั่น อ.ัญบุรี
 จ.ปทุมธานี ๑๒๑๐๐

๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๘

โรงพยาบาลราชภัฏนครปฐม
 โทร. ๐๓๑๒๒๒๒
 โทร. ๐๓๑๒๒๒๒
 โทร. ๐๓๑๒๒๒๒

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมประจำปี ๒๕๕๙

เรียน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
 สิ่งที่เหมาะสมด้วย ตารางการอบรมประจำปี ๒๕๕๙ / ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

ด้วย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม กรมการแพทย์ ได้กำหนดจัดโครงการอบรม
 ประจำปี ๒๕๕๙ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลในเขต
 บริการสุขภาพที่ ๕ จำนวน ๘ จังหวัด (สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, ราชบุรี, นครปฐม, สุพรรณบุรี, กาญจนบุรี,
 เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์) และเขตพื้นที่รับผิดชอบ ๕ จังหวัด (ปราจีนบุรี, นครนายก, พระนครศรีอยุธยา,
 นนทบุรี และปทุมธานี)

ทั้งนี้ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จึงใคร่ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพและบุคลากร
 ทางการพยาบาลที่สนใจ ในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรม โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน และสามารถดูวันอบรมได้ใน
 ตารางการอบรมประจำปี ๒๕๕๙ โดยสามารถเบิกค่าเดินทาง ค่าที่พัก ได้ตามระเบียบราชการ หรือตาม
 ระเบียบของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
 คำเนินการ VRS/ร.น.น.น.น.

ขอแสดงความนับถือ

(นางฉัตรพร สิ้นสุเสก)
 อดีตรักษาการผู้อำนวยการศูนย์เชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 - ๑๖ ม.ค. ๒๕๕๙ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

(นายธนเดช สิ้นสุเสก)

- ขอขอบคุณที่ติดต่อ
 ช.ร.
 14 ต.ค. 59.

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

โทรศัพท์ ๐ - ๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖๖ ต่อ ๖๐๑๒

โทรสาร ๐ - ๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖๖ ต่อ ๒๐๐๑

3

ตารางการอบรม ประจำปี ๒๕๕๙
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

โครงการอบรม	วันที่อบรม	กลุ่มเป้าหมาย
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้” อบรม “การพยาบาลออสโตมี” *** รับผู้เข้าอบรมต่อเนื่อง ๒ โครงการ ๓ วัน	๑๖ - ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรทางการพยาบาล
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับเคมีบำบัด”	๒๕ - ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรทางการพยาบาล
อบรม “การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง” อบรม “การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง” *** รับผู้เข้าอบรมต่อเนื่อง ๒ โครงการ ๕ วัน	๗ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากร ทางการพยาบาล
อบรม “พื้นฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็ง”	๒๓ - ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรทางการพยาบาล
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก”	๗ - ๘ เมษายน ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรทางการพยาบาล
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ” แบบบูรณาการ	๒๐ - ๒๒ เมษายน ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรทางการพยาบาล
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา”	๒๘ - ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรทางการพยาบาล
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม”	๑๙ - ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพและ บุคลากรทางการพยาบาล
อบรม “การพยาบาลโภชนาการโรคมะเร็ง”	๒๐ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรทางการพยาบาล
อบรม “บทบาทและเทคนิคการให้บริการปรึกษาผู้ป่วย โรคมะเร็งและครอบครัวสำหรับพยาบาล”	๒๗ - ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๙	พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรทางการพยาบาล

หมายเหตุ

๑. โครงการอบรมจัดอบรม ณ ห้องประชุมชั้น ๙ อาคารกาญจนาภิเษม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
๒. โครงการอบรมอยู่ในระหว่างดำเนินการขอรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง (CNEU) จากสภาการพยาบาล
๓. โครงการอบรม ทุกเรื่อง รับผู้เข้าอบรมไม่เกิน ๕๐ คน
๔. ผู้จัดอบรมขอจำกัดผู้เข้าอบรม ไม่เกิน โรงพยาบาล ละ ๓ ท่าน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ที่กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

คุณศรีอุษา แม้นรอด

โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๖๐๑๒ , ๖๐๒๒ ,

คุณมีตรี ทิพย์สุวรรณ ๐๘๑-๑๔๔-๓๔๒๔

ส่งใบตอบรับเข้าอบรม

๑. E-mail : nurse_mth @ hotmail.com

๒. โทรสาร ๐-๒ ๕๕๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๒๐๐๑

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง

ณ ห้องประชุมชั้น ๙ อาคารอาคารกาญจนบารมี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
วันที่

โรงพยาบาล.....ที่อยู่เลขที่.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรสาร.....

รายชื่อผู้เข้าอบรม (กรุณาเขียนชื่อ - สกุล ด้วยตัวบรรจงเพื่อความถูกต้อง)

๑. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
โทรศัพท์.....

โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัติ อิสลาม

๒. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
โทรศัพท์.....

โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัติ อิสลาม

๓. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
โทรศัพท์.....

โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัติ อิสลาม

ลงชื่อผู้ประสานงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ประสานงาน.....

E-Mailประสานงาน.....

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ที่กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

คุณศรีอุษา แม้นรอด

โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๖๐๒๒

คุณมัทรี ทิพย์สุวรรณ ๐๘๑-๑๔๔-๓๔๒๔

ส่งใบตอบรับเข้าอบรม

๑. E-mail : nurse_mth @ hotmail.com

๒. โทรสาร ๐-๒ ๕๕๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๒๐๐๑