

ขอรับ ✓

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
 วันที่ ๙ - ๑๓ ธ.ค. ๒๕๖๐
 เวลา



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 พระนครศรีอยุธยา
 รับเลขที่ ๙๓๐๕๖
 วันที่ ๙ ธ.ค. ๒๕๖๐
 เวลา ๑๑-๑๕ น

ที่ สธ ๐๓๑๒.๗/ ๔๕๐๕

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี
 ๑๓๙ ม.๔ ต.บึงสนั่น อ.ธัญบุรี
 จ.ปทุมธานี ๑๒๑๑๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง”

เรียน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
 สิ่งที่แนบมาด้วย กำหนดการอบรม/ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

ด้วย โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ได้กำหนดจัดโครงการอบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง”
 ในระหว่างวันที่ ๙ - ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐ (๕ วัน) ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี โดยมี
 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อสร้างเครือข่ายให้ผู้เข้ารับการ
 อบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้เข้าอบรมเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแล
 ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ในเขตบริการ
 สุขภาพที่รับผิดชอบจังหวัด (ปทุมธานี, นนทบุรี, นครนายก, พระนครศรีอยุธยา, สระบุรี, อ่างทอง, สิงห์บุรี)

ทั้งนี้ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี จึงใคร่ขอเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรม โดย
 ไม่เสียค่าลงทะเบียน ทั้งนี้สามารถเบิกค่าเดินทาง ค่าที่พัก ได้ตามระเบียบราชการ หรือตามระเบียบของ
 หน่วยงาน หากเขตส่งใบตอบรับอบรม วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ดร.ม
 - ศักดิ์นิยม

(Signature)
 (นายธนเดช สินธุเสก)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

(Signature)

(นายสุเทพ บุญสูตร)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
 นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 ๐๖ ธ.ค. ๒๕๕๙

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
 โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี
 โทรศัพท์ ๐ - ๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖๖ ต่อ ๖๐๑๒
 โทรสาร ๐ - ๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖๖ ต่อ ๒๐๐๑

3

กำหนดการอบรม เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง”
วันที่ ๙ - ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐
ณ ห้องประชุมชั้น ๙ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชอุดรธานี

วันที่ ๑ ๙ มกราคม ๒๕๕๙

- ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. ลงทะเบียน
- ๐๙.๐๐ - ๐๙.๑๕ น. พิธีเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตร “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง”
- ๐๙.๐๐ - ๑๐.๓๐ น. - สถานการณ์โรคมะเร็งในปัจจุบันและทิศทางนโยบายป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในประเทศไทย โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราชอุดรธานี
- ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. - Cancer nursing : Our Visions and hopes for the future
พว. สมจิตร ประภากร
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. - มะเร็งและความก้าวหน้าในการตรวจและวินิจฉัยโรคมะเร็งในปัจจุบัน
พญ. สลิล ศิริอุดมภาส

วันที่ ๒ ๑๐ มกราคม ๒๕๕๙

- ๐๗.๓๐ - ๐๘.๐๐ น. ลงทะเบียน
- ๐๘.๓๐ - ๑๐.๓๐ น. Update surgery on the management of cancer
แพทย์จาก คณะแพทยศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ
- ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด
ผศ.ดร. ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ศรีนครินทรวิโรฒ
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น. -Update on chemotherapy in cancer patient
พญ.สมใจ ฉันทชัยรุ่งเจริญ
- ๑๔.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. -กลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัด
ภก.นุชลินดา เอี่ยมบุตรลบ

วันที่ ๓ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๙

- ๐๗.๓๐ - ๐๘.๐๐ น. ลงทะเบียน
- ๘.๓๐ - ๑๐.๓๐ น. - การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่รับยาเคมีบำบัด
พว. ญัฐวิศา หงส์พิทักษ์ชน

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง

ระหว่างวันที่ ๙ - ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุมชั้น ๙ อาคารอาคารกาญจนบารมี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

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

รายชื่อผู้เข้าอบรม (กรุณาเขียนชื่อ - สกุล ด้วยตัวบรรจงเพื่อความถูกต้อง)

- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล
- ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
- โทรศัพท์.....
- โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัต อิสลาม
- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล
- ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
- โทรศัพท์.....
- โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัต อิสลาม
- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล
- ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
- โทรศัพท์.....
- โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัต อิสลาม
- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล
- ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
- โทรศัพท์.....
- โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัต อิสลาม

ลงชื่อผู้ประสานงาน.....
เบอร์โทรศัพท์.....
E-Mail.....

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

คุณศรีอุษา แม่นรอด โทรศัพท์ ๐-๒๕๔๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๖๐๒๒

ส่งใบตอบรับเข้าอบรม

๑. E-mail : nurse_mth @ hotmail.com

๒. โทรสาร ๐-๒ ๕๔๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๒๐๐๑

หมดเขตส่งใบตอบรับอบรม วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๙ (รับจำนวนจำกัด)