

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  
รับเลขที่ บจส  
วันที่ ๑๕/๑๑/๒๕๖๑  
๖๐.๓๕ น.

ด่วนที่สุด

ที่ สร ๐๒๒๙/ว๒๐๑๐



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พิจิตร  
รับเลขที่  
วันที่ ๑๓.๖.๒๕๖๑  
๑๕๐๓

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔  
๕๖ ถนนเทศบาล ๓ อำเภอเมือง  
จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐

๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๔  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. ใบสมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมการแพทย์อนุมัติให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
กรุงเทพฯ จัดโครงการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑  
(Program of Nursing Specialty in Oncology Course) ระหว่างวันที่ ๗ มกราคม - ๑๐ พฤษภาคม  
๒๕๖๒ (หลักสูตร ๔ เดือน) ณ โรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๕๐ คน โดยได้รับจัดสรรงบประมาณ  
ของกรมการแพทย์ส่วน Service plan จำนวนทั้งสิ้น ๑๒ คน เขตสุขภาพละ ๑ คน (ไม่เสียค่าลงทะเบียน)  
ส่วนอีกจำนวน ๒๘ คน จ่ายค่าลงทะเบียนคนละ ๔๕,๐๐๐ บาท

เขตสุขภาพที่ ๔ จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- ๑. ปฏิบัติงานการพยาบาลมาไม่น้อยกว่า ๒ ปี
  - ๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
- เข้ารับการอบรมดังกล่าว ทั้งนี้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จะดำเนินการคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมที่มีประสิทธิภาพ  
ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงขอใช้ระบบการสอบสัมภาษณ์ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน  
- ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ สอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสมชาย  
สมบูรณ์เจริญ ชั้น ๕ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และประกาศผลวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ กรณีไม่มาสัมภาษณ์  
ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรม โดยส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานได้ที่  
ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรือ e-mail : nursetraining.nci@gmail.com สอบถาม  
รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ ๐-๒๒๐๒-๖๘๐๐๐ ต่อ ๒๖๐๕, ๒๖๒๕ ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัด  
ได้ตามระเบียบราชการ ผู้สนใจเข้ารับการอบรม สามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ดร.ม  
- ศักดิ์สิทธิ์

(นายสุเทพ บุญสูตร)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตรศรีอยุธยา  
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
โทร. ๐ ๓๖๒๓ ๐๙๒๙  
โทรสาร. ๐ ๓๖๒๓ ๐๙๓๐  
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : rhsoffice4.chro@gmail.com

ขอแสดงความนับถือ

(นางจรัส ประสริ)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔  
พิจิตร  
- ปรตฉิมพงษ์โตจทร  
๒๖๖๖  
14 ๖๓ ๖1





รายละเอียดการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑

๑. กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมาย จำนวน ๔๐ คน

พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป  
โรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง  
ในเขตสุขภาพทั้ง ๑๒ เขต เขตละ ๑ คน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค ๗ ศูนย์

๒. ระยะเวลาการศึกษาอบรม มีระยะเวลา ๑๘ สัปดาห์

ระหว่างวันที่ ๗ มกราคม - ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

๓. การรับสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน - ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

๔. การสอบสัมภาษณ์ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสมชาย สมบูรณ์เจริญ ชั้น ๕  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๕. สถานที่เรียนภาคทฤษฎี โรงแรมในกรุงเทพมหานคร

๖. สถานที่เรียนภาคปฏิบัติ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๗. คุณสมบัติของผู้สมัคร ดังต่อไปนี้

๗.๑ ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๗.๒ มีประสบการณ์ทำงานพยาบาลอย่างน้อย ๒ ปี หลังสำเร็จการศึกษา

๗.๓ ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลหรือในชุมชน ในงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง

๗.๔ มีหนังสือรับรองจากหน่วยงานต้นสังกัด

๘. เอกสารประกอบการสมัคร

๘.๑ สำเนาวุฒิการศึกษา จำนวน ๑ ชุด

๘.๒ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น ๑  
(ยังไม่หมดอายุตลอดการศึกษาอบรม) จำนวน ๑ ชุด

๘.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ชุด (ไม่อนุญาตให้ใช้บัตรประจำตัวข้าราชการ)

๘.๔ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ นิ้ว (ชุดข้าราชการ / ชุดพยาบาล) จำนวน ๑ รูป

๘.๕ หนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน

๙. หลักการพิจารณาการเข้าศึกษาอบรม ดังนี้

๙.๑ มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน ตามที่ระบุไว้

๙.๒ มีหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชา

๙.๓ คณะกรรมการดำเนินการจัดการจัดหลักสูตร ขอสงวนสิทธิ์ในการรับสมัคร โดยการพิจารณาให้มี  
การกระจายของหน่วยงาน และความจำเป็นของหน่วยงาน

๙.๔ การตัดสินของคณะกรรมการบริหารหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง  
ถือเป็นที่สุด (จากการสอบสัมภาษณ์)

๙. การประกาศผลการคัดเลือกเข้ารับการอบรม : ทาง [www.nci.co.th](http://www.nci.co.th) ในวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

๑๐. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑ (๔ เดือน) มีค่าลงทะเบียนจำนวน ๔๕,๐๐๐ บาท ทั้งนี้ไม่รวมค่าศึกษาดูงาน ส่วนค่าที่พัก ค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ให้เบิกจ่ายจากต้นสังกัดตามระเบียบราชการ

๑๑. ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

๑๑.๑ นางสาวอรสา อัครวัชรางกูร หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล

โทร.๐๒-๒๐๒-๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๒๔

๑๑.๒ นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

โทร.๐๒-๒๐๒-๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๒๕

๑๒. การจัดส่งเอกสารใบสมัคร

ผู้สมัครทุกคนจะต้องส่งใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัครทุกรายการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน ส่ง E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com) หรือส่ง EMS /ลงทะเบียน มายัง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตามที่อยู่ดังนี้

คุณสุภาภรณ์ วงศ์อนันท์

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เลขที่ ๒๖๘/๑ ถ.พระรามที่หก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

(สมัครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑)





ลำดับที่ .....

รูปถ่าย 1 นิ้ว  
1 รูป

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑

Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๗ มกราคม ถึงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

\*\*\*\*\*

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ(ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....

ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rank .....นามสกุล.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

E-mail : .....

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

สถานที่ทำงาน .....หน่วยงาน.....

ตำแหน่งปัจจุบัน.....ประสบการณ์การทำงาน ..... ปี

วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

\*\* ค่าลงทะเบียนไม่รวมค่าศึกษาดูงาน \*\* ตลอดหลักสูตร ๔ เดือน : ๔๕,๐๐๐ บาท

\*\* โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑

บัญชีชื่อ "นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวยพริ้ง"

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com)

- ใบสมัครอบรม/รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน \*รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดพยาบาลขาวเท่านั้น\*
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ
- สำเนารายงานผลการเรียน
- สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

\*\*กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน

เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม

\*\*โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ...../...../.....

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา  
ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน..... จังหวัด.....  
สังกัด กรม..... กระทรวง.....  
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นางสาว/นาง/นาย /ยศ.....  
ตำแหน่ง ..... ปฏิบัติงานที่.....  
จังหวัด..... สังกัด.....  
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ..... ปี .....เดือน  
สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑  
เห็นควรสนับสนุนให้ลาราชการได้โดยต้นสังกัด ( ) สนับสนุนค่าลงทะเบียน  
( ) ไม่สนับสนุนค่าลงทะเบียน

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

สถานที่ผู้สมัครปฏิบัติงาน	ผู้บังคับบัญชาที่ให้การรับรอง
๑.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	-สาธารณสุขอำเภอ
๒.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-สาธารณสุขอำเภอ
๓.โรงพยาบาลชุมชน	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
๔.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๕.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	-นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด