

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
 เลขที่รับ..... ๒๔๑๙
 วันที่ ๒๗ เดือน ๓๑ พ.ศ. ๕๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
 เลขรับที่..... 19134
 วันที่ ๒๖ ต.ค. ๒๕๖๓ เวลา 16:27 น.



ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว ๕๕๙

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
 สถาบันพระบรมราชชนก
 อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว
 เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/นายกเทศมนตรี/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
 ตำบล/หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสนับสนุน
 ระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ให้จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติ
 ครอบครัว รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพรองรับ
 ระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (PCC) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล เปิดรับสมัคร
 จำนวน ๕๐ คน ระยะเวลาการอบรม ๖ สัปดาห์ ระหว่างวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔
 ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก
 ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์
 ให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษา
 โรคเบื้องต้น) เรียบร้อยแล้ว โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑
 ห้อง ๑๑๒ (เว้นวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แก้วจันทิก วิทยาลัยพยาบาล
 พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย
 หรือดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

13๒๔ นพ.พรจ. ๕๖

- เพื่อโปรดทราบหนังสือ
- เก็บเอกสาร

นาง นริศ

ขอแสดงความนับถือ

(นางปานิสรา สงวัฒนายุทธ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร รักษาการแทน
 ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ทราบ/ดำเนินการ

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ
 โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๔ ต่อห้อง ๑๑๒
 โทรสาร ๐-๓๒- ๔๐๐๕๗๓

(นายประสงค์ เชาวภาณี)

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช (ดำเนินการทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
 แผนกข้าราชการระบบแล้ว
 ๓๐ ต.ค. ๒๕๖๓

รายละเอียดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๓

.....
อบรมภาคทฤษฎี สัปดาห์ ที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

สัปดาห์ ที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๒ มกราคม ๒๕๖๓

อบรม ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อบรมภาคปฏิบัติ สัปดาห์ ที่ ๒ - ๕ ระหว่างวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

ถึงวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔

โดยฝึกภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ในจังหวัดและต่างจังหวัด

ตามที่วิทยาลัยฯกำหนด

-สมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....

มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน ปี

ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน และยินดีต้อนมนัติให้นาง/นางสาว/นาย.....

.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

อบรมระหว่างวันที่เดือน..... พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร
กรณี ร.พ. ชุมชน / ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ
กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพสต. คือ สาธารณสุขอำเภอ