11/15/10

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๒๙๘๑
วันที่ ๒๙ ต.ค. ๒๕๕๕
เวลา ๑๑.๓๐

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๒๓ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมืองขอนแก่น จ. ขอนแก่น ๔๐๐๐๒
E-Mail: nualumni@kku.ac.th URL: http://nualumni.kku.ac.th
FaceBook: http://www.facebook.com/KKU.Nurses

ฝ่ายพัฒนาบุคลากรฯ
รับเลขที่ 3269
วันที่ 9 พ.ย. 55
เวลา 11.02

ที่ ส. พยบ. มข ว. ๓๒/๒๕๕๕

๒๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญส่งบุคลากรในสังกัดเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด และการแปลผลคลื่นหัวใจ (Cardiovascular Nursing and Electrocardiography)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/อธิการบดี/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย/สาธารณสุขอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการและกำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจ และหลอดเลือด และการแปลผลคลื่นหัวใจ (Cardiovascular Nursing and Electrocardiography)

๒. ใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้พิจารณาเห็นว่า การตรวจวินิจฉัยหรือการประเมินเบื้องต้นด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจก็ยังมีความจำเป็น รวมทั้งทักษะ ความสามารถในการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ถูกต้อง แม่นยำของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการช่วยผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมทันท่วงที

เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยโรคหัวใจ และการอ่านแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ระดับสากล สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับ งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้จัดการอบรม “การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจ และหลอดเลือดและการแปลผลคลื่นหัวใจ (Cardiovascular Nursing and Electrocardiography) ครั้งนี้ขึ้น โดยใช้หลักสูตรการอบรมของ Northridge Hospital Medical Center ซึ่งได้รับการรับรองจากThe California Board of Registered Nursing และ American Heart Association ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกำหนดจัดอบรม ๒ รุ่น ณ ห้องประชุมศรีจันทร์ โรงแรมเจริญธานี ปริ๊นเซส ถนนหน้าเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น คือ

รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๕ สมัครก่อนวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน. ๒๕๕๕ ค่าลงทะเบียน ๒,๕๐๐ บาท ลงทะเบียนหลังวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท

รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒-๔ มกราคม ๒๕๕๖ สมัครก่อนวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๕๕ ค่าลงทะเบียน ๒,๕๐๐ บาท ลงทะเบียนหลังวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๕๕ ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญส่งบุคลากรในสังกัดเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ ฯ ได้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป โดยชำระค่าลงทะเบียนให้โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ **ชื่อบัญชีสมาคมศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่บัญชี ๕๕๑- ๔๑๙๓๙๙ - ๗ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาย่อยมหาวิทยาลัยขอนแก่น** สำหรับใบสมัครสามารถ Download รายละเอียดโครงการฯได้ที่ Website: http://nualumni.kku.ac.th ท่านสามารถสมัครได้ทาง E-mail: nualumni@kku.ac.th **พร้อม Fax ใบสมัครและใบโอนเงินค่าลงทะเบียนมาที่ โทรสาร ๐๔๓ - ๒๐๒๔๗๑** หรือ คุณชูศรี คูชัยสิทธิ์: chusri@kku.ac.th หรือ ผศ.วีระศักดิ์ ชายผา: wsc@kku.ac.th สงสัยสอบถามได้ที่หมายเลข โทร. ๐๘๙-๗๑๔๗๐๓๔

อนึ่ง ผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัด และสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา ทั้งนี้ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว **สำหรับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ได้ ๑๐.๕ หน่วยคะแนน**

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฯ
① เพื่อโปรดทราบ
② เห็นควรมอบคุณ กิตินันท์ ปะชาสัมพันธ์
๑๓ ต.ค. ๕๕

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวชูศรี คูชัยสิทธิ์)
นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชม
๑๓ ต.ค. ๕๕

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สำนักงานสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล :
นายกสมาคมฯ โทร. ๐๘๔ – ๔๒๘ - ๕๗๔๒
เหรัญญิกสมาคมฯ รศ. อำพน ศรีรักษา โทร. ๐๘๕ – ๐๐๑๑๔๘๖
เลขานุการสมาคมฯ คุณจงกล พลตรี โทร. ๐๘๑ – ๕๗๔๕๒๑๖

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด และการแปลผลคลื่นหัวใจ

(Cardiovascular Nursing and Electrocardiography)

ระหว่างวันที่ 12-14 ธันวาคม 2555

ณ ห้องประชุมศรีจันทร์ ชั้น4 โรงแรมเจริญธานีปริ๊นเซส ถ.กลางเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

1. ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นาย ชื่อ .....นามสกุล.....
   **ชื่อ(เดิม)..... **นามสกุล(เดิม).....
2. ตำแหน่ง.....
3. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก).....
4. สถานที่ปฏิบัติงาน: โรงพยาบาล.....
   เลขที่.....ถนน..... .....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
   จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
   โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Add .....

ได้ชำระค่าลงทะเบียนโดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ **ชื่อบัญชีสมาคมศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่บัญชี 551- 419399-7 ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาย่อยมหาวิทยาลัยขอนแก่น**
เมื่อวันที่ .....เดือน.....ปี.....

☐ ค่าลงทะเบียนคนละ 2,500 บาท (ภายในวันที่ 10 พฤศจิกายน 2555)

☐ ค่าลงทะเบียนคนละ 3,000 บาท (หลังวันที่ 10 พฤศจิกายน 2555)

พร้อม Fax ใบสมัครและใบโอนเงินค่าลงทะเบียนมาที่ โทรสาร 043-202471 หรือ e-mail md08@kku.ac.th คุณสุภาพร แก้วนิโฮม โทรศัพท์ 084-0328121 หรือสอบถามรายละเอียด 089-7147034

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)
วันที่.....

กรุณาติดต่อที่พักด้วยตนเอง

อัตราค่าห้องพัก โรงแรมเจริญธานีฯ Tel. 088-7447244 , 043-220400-14

SUPERIOR TWIN /SINGLE	=	1,200.-บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)
EXTRA BED	=	600.-บาท/ท่าน/คืน
TRANSFER(สนามบิน)	=	70.-บาท/ท่าน/เที่ยว

** **หมายเหตุ** สำหรับผู้ที่เปลี่ยน ชื่อ-สกุลใหม่ กรุณายื่นแบบเปลี่ยนแปลงชื่อ-สกุลให้ถูกต้องกับสภาการพยาบาลฯ

แบบฟอร์มการลงทะเบียน

การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด และการแปลผลคลื่นหัวใจ

(Cardiovascular Nursing and Electrocardiography)

ระหว่างวันที่ 2-4 มกราคม 2556

ณ ห้องประชุมศรีจันทร์ ชั้น4 โรงแรมเจริญธานีปริ๊นเซส ถ.กลางเมือ อ.เมือง จ.ขอนแก่น

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

1. ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นาย ชื่อ .....นามสกุล.....
   ชื่อ(เดิม).....นามสกุล(เดิม).....
2. ตำแหน่ง.....
3. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ จากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก).....
4. สถานที่ปฏิบัติงาน: โรงพยาบาล.....
   เลขที่.....ถนน..... .....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
   จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
   โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Add .....

ได้ชำระค่าลงทะเบียนโดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ **ชื่อบัญชีสมาคมศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์ เลขที่บัญชี 551- 419399-7 ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาย่อยมหาวิทยาลัยขอนแก่น**
เมื่อวันที่ .....เดือน.....ปี.....

☐ ค่าลงทะเบียนคนละ 2,500 บาท (ภายในวันที่ 10 ธันวาคม 2555)

☐ ค่าลงทะเบียนคนละ 3,000 บาท (หลังวันที่ 10 ธันวาคม 2555)

พร้อม Fax ใบสมัครและใบโอนเงินค่าลงทะเบียนมาที่ โทรสาร 043-202471 หรือ e-mail md08@kku.ac.th คุณสุภาพร แก้วนิโฮม โทรศัพท์ 084-0328121 หรือสอบถามรายละเอียด 089-7147034

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)
วันที่.....

กรุณาติดต่อที่พักด้วยตนเอง

อัตราค่าห้องพัก โรงแรมเจริญธานีฯ Tel. 088-7447244 , 043-220400-14

SUPERIOR TWIN /SINGLE	=	1,200.-บาท/ห้อง/คืน (รวมอาหารเช้า)
EXTRA BED	=	600.-บาท/ท่าน/คืน
TRANSFER(สนามบิน)	=	70.-บาท/ท่าน/เที่ยว

** **หมายเหตุ** สำหรับผู้ที่เปลี่ยน ชื่อ-สกุลใหม่ กรุณายื่นแบบเปลี่ยนแปลงชื่อ-สกุลให้ถูกต้องกับสภาการพยาบาลฯ