



14/21/06

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่... ๗๒๕
วันที่... ส.ย. ๒๕๕๖
๑๑ ๓๐

ที่ สธ ๐๘๒๐.๕/ว ๗๖๕

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต
ถนนดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๖

พฤษภาคม ๒๕๕๖

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
รับเลขที่ 1063
วันที่ 6 / 20 / 56
เวลา

เรื่อง ขอเชิญข้าราชการเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสถาบัน/โรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง และใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กำหนดจัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ ๙ สำหรับพยาบาลวิชาชีพในสังกัดกรมสุขภาพจิตและหน่วยงานภายนอก จำนวน ๓๐ คน ระยะเวลาในการฝึกอบรม ๔ เดือน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๖ เปิดรับสมัครผู้เข้ารับการอบรม ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

สถาบันราชานุกูล ขอเชิญข้าราชการในสังกัดของท่าน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เข้ารับการอบรม หลักสูตรดังกล่าว และส่งใบสมัครไปที่นางสาวอารี เวชาคม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล เลขที่ ๔๗๓๗ ถนนดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ ทั้งนี้กรมสุขภาพจิตให้การสนับสนุนค่าลงทะเบียนสำหรับบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบด้วย จะเป็นพระคุณ

จึงน นพ.สสจ.

๑ เพื่อโปรดทราบ

๒ ให้นำกรณอบคุดมาแจ้งให้ที่
ป.ร.ท.สัมพันธ์

[Handwritten signature]

ขอแสดงความนับถือ

[Handwritten signature]

(นายทวีศักดิ์ สิริรัตนเรขา)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันราชานุกูล

ดำเนินการ

[Handwritten signature]

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)

กลุ่มการพยาบาล

โทร. ๐ ๒๒๔๘ ๘๙๐๐ ต่อ ๗๐๓๙๘

โทรสาร ๐ ๒๒๔๘ ๒๙๔๔

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๖-๗ ส.ย. ๒๕๕๖

W

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น” รุ่นที่ 9
ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 29 พฤศจิกายน 2556 รวม 17 สัปดาห์ ณ สถาบันราชานุกูล กรุงเทพมหานคร

(กรุณาเขียนตัวบรรจงด้วยปากกาสีเข้ม)

- ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
อายุ.....ปี ศาสนาวันเดือนปีเกิด.....
- อายุราชการ.....ปี หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
- ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....
- ที่อยู่ บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....
หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....
- วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
คุณวุฒิ.....สาขา.....
สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
- คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ได้อนุญาตให้.....ตำแหน่ง.....
เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป
2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 3 รูป
สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
3. ค่าลงทะเบียน ค่าที่พักและค่าใช้จ่ายระหว่างการศึกษ สอบถามรายละเอียดได้ที่ นางสาวอารี เวชาคม
กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล โทรศัพท์ 0 2248 8900 ต่อ 70398

กรุณาส่งใบสมัคร และหลักฐานประกอบการสมัคร ที่

นางสาวอารี เวชาคม กลุ่มการพยาบาล สถาบันราชานุกูล 4737 ถนนดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ 0 2248 8900 ต่อ 70398 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 6103 5067 โทรสาร 0 2248 8934