



07/26/12/57

ตำบ.เมืองเสนา อ.เสนา จ.นนทบุรี
 วันที่ ๒๕ ธ.ค. ๒๕๕๗
 เวลา ๑๑.๐๐

ที่ สธ ๐๓๑๒.๗/ ๙๖๕ ๙/๗

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
 ๑๓๙ ม.๔ ต.บึงสนั่น อ.อัญบุรี
 จ.ปทุมธานี ๑๒๑๑๐

๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๗

ได้รับแจ้งการขอเชิญเข้าร่วมอบรม
 วันที่ 26/12/57
 เวลา 12.00

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมประจำปี ๒๕๕๘

เรียน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

สิ่งที่แนบมาด้วย ตารางการอบรมประจำปี๒๕๕๘ /ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

ด้วย โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณอัญบุรี กรมการแพทย์ ได้กำหนดจัดโครงการอบรมประจำปี ๒๕๕๘ จำนวน ๑๒ โครงการอบรม โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ ๕ จำนวน ๘ จังหวัด (สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม, ราชบุรี, นครปฐม, สุพรรณบุรี, กาญจนบุรี, เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์) และเขตพื้นที่รับผิดชอบ ๕ จังหวัด (ปราจีนบุรี, นครนายก, พระนครศรีอยุธยา, นนทบุรี และปทุมธานี)

ทั้งนี้ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณอัญบุรี จึงใคร่ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลที่สนใจ ในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรม โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน และสามารถดูวันอบรมได้ในตารางการอบรมประจำปี๒๕๕๘ ทั้งนี้สามารถเบิกค่าเดินทาง ค่าที่พัก ได้ตามระเบียบราชการ หรือตามระเบียบของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

Som Sorn

(นายธนเดช สินธุเสก)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณอัญบุรี

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน... *WAW*
 ดำเนินการ *VRS*

WAW

(นางฉัตรมา คิงชชาติ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๒๖ ธ.ค. ๒๕๕๗

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ

โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณอัญบุรี

โทรศัพท์ ๐ - ๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖๖ ต่อ ๖๐๑๒

โทรสาร ๐ - ๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖๖ ต่อ ๒๐๐๑

มอบหมายให้
 พ.ท.ศิริพร

ศิริพร
 26 12 57

ตารางการอบรม ประจำปี ๒๕๕๘
กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

โครงการอบรม	วันที่อบรม	กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนรับ
อบรม “พื้นฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล”	๑๑ - ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘	พยาบาลที่รับผิดชอบงาน IC	๖๐
อบรม “การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง” อบรม “การจัดการความปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง” *** รับผู้เข้าอบรมต่อเนื่อง ๒ โครงการ ๕ วัน	๒๓ - ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล	๕๐
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด”	๒๖ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล	๓๐
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา”	๓๐ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล	๓๐
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก”	๘ - ๙ เมษายน ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล	๕๐
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ” แบบบูรณาการ	๒๒ - ๒๔ เมษายน ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล	๓๐
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม”	๗ - ๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาล	๕๐
อบรม “การพยาบาลโภชนาการโรคมะเร็ง”	๒๑ - ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล	๕๐
อบรม “การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้” อบรม “การพยาบาลออลโตมี” *** รับผู้เข้าอบรมต่อเนื่อง ๒ โครงการ ๓ วัน	๒๒ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๘	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล	๕๐
อบรม “บทบาทและเทคนิคการให้บริการปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวสำหรับพยาบาล”	๑๕ - ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๗	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล	๕๐

หมายเหตุ

๑. โครงการอบรมจัดอบรม ณ ห้องประชุมชั้น ๙ อาคารกาญจนบารมี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
๒. โครงการอบรมอยู่ในระหว่างดำเนินการขอรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง (CNEU) จากสภาการพยาบาล
๓. ผู้จัดอบรมขอจำกัดผู้เข้าอบรม ไม่เกิน โรงพยาบาล ละ ๕ ท่าน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ที่กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

คุณปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร (คุณมีตรี ทิพย์สุวรรณ ๐๘๑-๑๔๔-๓๔๒๔)

โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๖๐๑๒

ส่งใบตอบรับเข้าอบรม

๑. E-mail : nurse_mth @ hotmail.com

๒. โทรสาร ๐-๒ ๕๕๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๒๐๐๑

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง

ณ ห้องประชุมชั้น ๙ อาคารอาคารกาญจนบารมี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์บุรีรัมย์

วันที่

โรงพยาบาล.....ที่อยู่เลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

รายชื่อผู้เข้าอบรม (กรุณาเขียนชื่อ - สกุล ด้วยตัวบรรจงเพื่อความถูกต้อง)

๑. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล

ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)

โทรศัพท์.....

โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัติ อิสลาม

๒. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล

ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)

โทรศัพท์.....

โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัติ อิสลาม

๓. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล

ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)

โทรศัพท์.....

โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัติ อิสลาม

๔. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล

ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)

โทรศัพท์.....

โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัติ อิสลาม

๕. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล

ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาตฯ๑๐หลัก)

โทรศัพท์.....

โปรดระบุประเภทอาหาร ธรรมดา มังสวิรัติ อิสลาม

ลงชื่อผู้ประสานงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....

E-Mail.....

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ที่กลุ่มงานวิชาการพยาบาล

คุณปภาวรินทร์ สุวรรณเพชร (คุณมัทรี ทิพย์สุวรรณ ๐๘๑-๑๔๔-๓๔๒๔)

โทรศัพท์ ๐- ๒๕๔๖๑๕๖๐ - ๖ ต่อ ๖๐๑๒

ส่งใบตอบรับเข้าอบรม

๑. E-mail : nurse_mth @ hotmail.com

๒. โทรสาร ๐-๒ ๕๔๖๑๕๖๐ - ๖ ต่อ ๒๐๐๑