ขอเรียนปรึกษาหารือ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
ในเลขรับที่ 110/62
วันที่ 13/2/62
เวลา 15.30

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๕๔๓
วันที่ ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๒

ที่ สธ ๐๒๒๙/ว ๒๓๑

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔
๕๖ ถนนเทศบาล ๓ อำเภอเมือง
จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐

๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์โครงการอบรม ประจำปี ๒๕๖๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ตารางการฝึกอบรมประจำปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี ได้กำหนดจัดโครงการอบรมประจำปี ๒๕๖๒ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อสร้างเครือข่ายให้ผู้เข้ารับการอบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้เข้าอบรมเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ ๔

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔ จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรม โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน และสามารถเบิกค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง จากต้นสังกัด โดยสามารถส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรม ได้ทาง E-mail : nurse_mth@hotmail.com หรือ โทรสาร ๐๒-๕๔๖๑๙๖๐-๖๖ ต่อ ๒๐๐๑ ทั้งนี้ให้สำเนาใบตอบรับเข้าร่วมอบรมมายัง E-mail : rhsoffice4.chro@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางจำรัส ประสิว)
รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๔

ดรม
– ดำเนินการ

(นายสุเทพ บุญสูตร)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๑๓ ก.พ. ๒๕๖๒

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร. ๐ ๓๖๒๓ ๐๙๒๙
โทรสาร. ๐ ๓๖๒๓ ๐๙๓๐
ไปรษณีย์อิเลคทรอนิกส์ : rhsoffice4.chro@gmail.com

ตารางการอบรม ประจำปี ๒๕๖๒
ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี

โครงการอบรม	วันที่อบรม	กลุ่มเป้าหมาย
อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (Good Clinical Practice : GCP) หมายเหตุ : จัดอบรมที่ โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จ.อยุธยา	๓ – ๔ เมษายน ๒๕๖๒	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล
หลักสูตร "บทบาทและเทคนิคการให้บริการปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัวสำหรับพยาบาล"	๒๒ – ๒๖ เมษายน ๒๕๖๒	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล
หลักสูตร "การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้"	๒๙ เม.ย. - ๑ พ.ค. ๒๕๖๒	พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการพยาบาล

หมายเหตุ

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

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ที่กลุ่มงานวิชาการพยาบาล
โทรศัพท์ ๐-๒๕๔๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๖๐๑๒ , ๖๐๒๒

ส่งใบตอบรับเข้าอบรม
๑. E-mail : nurse_mth @ hotmail.com
๒. โทรสาร ๐-๒ ๕๔๖๑๙๖๐ - ๖ ต่อ ๒๐๐๑

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

หลักสูตร .....

ระหว่างวันที่ .....

****

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

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

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.....