

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ ๒๑๑๑
วันที่ ๒๙ ก.ย. ๖๕ เวลา ๑๔.๓๔
ผู้รับ อรทัย



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
รับที่ ๑๐๔๑๒
วันที่ ๒๙ ก.ย. ๒๕๖๐
เวลา ๑๓.๓๓ น.

ที่ ศธ.๐๕๒๑.๑.๐๖๐๓/พิเศษ

ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๐

๒๑ กันยายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักษุ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้าอบรม จำนวน ๑ ชุด

ด้วยภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล
เวชปฏิบัติทางจักษุ (Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner) โดยมีวัตถุประสงค์
เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล
กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic
Care) รวมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยี
สมัยใหม่มาใช้อย่างเหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา ตามระบบสุขภาพและนโยบาย
สาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล โดยผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับ CNEU
๕๐ หน่วยคะแนน โดยอบรมระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ ภาควิชา
จักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รับสมัครผู้เข้าอบรมจำนวน ๒๔ คน (ค่าลงทะเบียน
คนละ ๔๐,๐๐๐ บาท)

ในการนี้ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญ
บุคลากรพยาบาลในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตร ฯ ดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และเบิกค่าลงทะเบียน
ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และอื่น ๆ ได้ตามระเบียบต้นสังกัด โดยให้สมัครให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมอบรมดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์นายแพทย์แมนสิงห์ รัตนสุคนธ์)

หัวหน้าภาควิชาจักษุวิทยา

ภาควิชาจักษุวิทยา

โทรศัพท์ ๐-๗๔๔๒-๙๖๑๙ , ๐-๗๔๔๕-๑๓๘๐-๑

โทรสาร ๐-๗๔๔๒-๙๖๑๙

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล (นาย/ นาง / นางสาว)

.....อายุ.....ปี

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงาน.....

เลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

เบอร์มือถือ.....

E-mail Address.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด.....

สถานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุด.....

ลักษณะประสบการณ์การทำงานทางคลินิก.....

.....

.....

อายุการทำงานในสาขาจักุวิทยา.....ปี

จำนวนเตียงของโรงพยาบาล.....เตียง

จำนวนจักุแพทย์.....คน

จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา.....คน

ต้องการฝึกปฏิบัติหน่วยงานใดมากที่สุดในช่วง Elective
โปรดระบุลำดับ 1 - 2 (เลือกได้ 2 อันดับ)

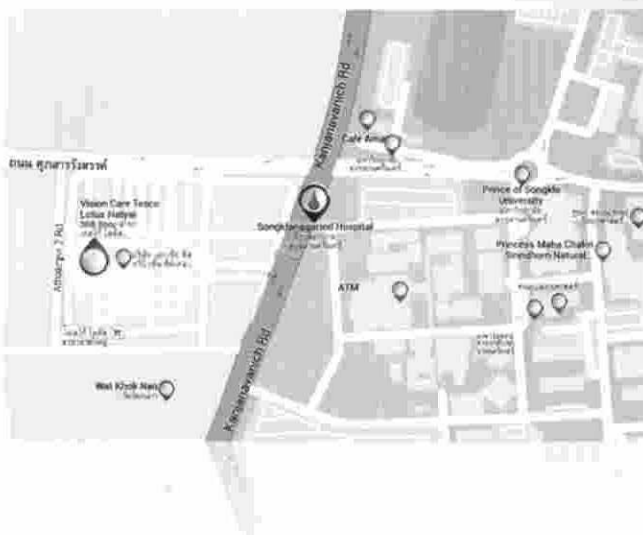
_____ OPD _____ OR _____ WARD

หมายเหตุ การจัดช่วง Elective ใช้เกณฑ์ตามลำดับก่อน-หลัง
การสมัคร

ดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.psu-eye.com

ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานในการสมัครดังนี้

- ☐ สำเนาวุฒิการศึกษา
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)



แผนที่ตั้ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ภาควิชาจักุวิทยา ชั้น 4
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์ 074-451381



หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักุ

Program of Nursing Specialty in
Ophthalmic Nurse Practitioner

รุ่นที่ 4

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 ถึง วันที่ 31 พฤษภาคม 2561

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาควิชาจักุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



สภาการพยาบาลรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง
สาขาพยาบาลศาสตร์ 50 หน่วยคะแนน

ชื่อวุฒิบัตร

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล
เวชปฏิบัติทางจิตเวช

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถและทักษะ
ในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการ
พยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้
การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) รวมทั้งประ
เมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้อย่าง
เหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา
ตามระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

1. สำเร็จการศึกษาขั้นต่ำระดับปริญญาตรีทางการ
พยาบาลหรือเทียบเท่า
2. เป็นผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาล
3. มีประสบการณ์การทำงานในการพยาบาลผู้ป่วยทาง
ตาไม่น้อยกว่า 1 ปี

ระยะเวลาการอบรม 17 สัปดาห์

ตั้งแต่ วันพฤหัสบดี ที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561
ถึง วันพฤหัสบดี ที่ 31 พฤษภาคม 2561

สถานที่ฝึกอบรม

- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาควิชาจิตเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ค่าลงทะเบียน

- ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท
- เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว มีสิทธิ์เบิกค่า
ลงทะเบียนจากต้นสังกัดได้ ส่วนพนักงานของรัฐเบิกได้ตาม
ระเบียบของโรงพยาบาล

การรับสมัคร

- ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 8 ธันวาคม 2560
โดยสามารถ Download ใบสมัครได้จาก
www.psu-eye.com

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์

วันที่ 18 ธันวาคม 2560 ทาง www.psu-eye.com

การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม

- รับสมัครจำนวน 24 คนเท่านั้น
- การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของ
คณะกรรมการ พิจารณาตัดสินที่ได้ถือเป็นอันสิ้นสุด

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

วันที่ 28 ธันวาคม 2560 ทาง www.psu-eye.com

การรายงานตัวเข้ารับการอบรมและปฐมฤกษ์

วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล
หรือเทียบเท่า
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ
การพดุงครรภ์ ชั้น1
3. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
4. หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่มี
อำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)
5. ใบสมัครเข้าร่วมอบรม
6. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 ใบ

วิธีชำระเงิน

โอนเงิน บัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเภท ออมทรัพย์
ชื่อบัญชี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(การประชุม) เลขที่บัญชี 565-2-645612

ติดต่อสอบถามข้อมูล/ส่งใบสมัคร มาที่

หน่วยการจัดประชุม อาคารเรียนรวมและหอสมุดฯ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110
โทร : 074-451147 โทรสาร : 074-451127
Email : meeting@medicine.psu.ac.th