



สภาการพยาบาล

THAILAND NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL

ที่ สก.พ.01 / 2. ๐๘๗

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
รับที่ 12801
วันที่ 7 ธ.ค. 2560
เวลา 1433 น.

เรื่อง ขอบเปลี่ยนแปลงวันการประชุมวิชาการสภาการพยาบาลสัญจร ฯ เขตสุขภาพที่ ๑

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาลฯ
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ สก.พ.๐๑/๐๗๙ ลงวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับร่วมโครงการฯ จำนวน ๑ ชุด

บริหารทรัพยากรบุคคล
2864
รับ 7002 เวลา 15-54

ตามที่สภาการพยาบาล ได้มีหนังสือขอเชิญสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผู้แทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด เขตสุขภาพที่ ๑ เข้าร่วมการประชุมวิชาการสภาการพยาบาลสัญจร และเครือข่ายผู้แทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด ประจำปี ๒๕๖๐ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการประกอบวิชาชีพฯ ตามมาตรฐานและจรรยาบรรณ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในระหว่างวันที่ ๒๕-๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จังหวัดแพร่ นั้น

ในการนี้ สภาการพยาบาลขอเปลี่ยนแปลงวันการจัดประชุมวิชาการสภาการพยาบาลสัญจร และเครือข่ายผู้แทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด ประจำปี ๒๕๖๐ เขตสุขภาพที่ ๑ เป็นระหว่างวันที่ ๒๙-๓๐ มกราคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จังหวัดแพร่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ ข้าราชการ/บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ค่าพาหนะ ค่าที่พัก และค่าเบี้ยเลี้ยงจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้โปรดส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมตามสิ่งที่ส่งมาด้วย มาที่สภาการพยาบาล งานพัฒนาวิชาชีพฯ ทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๙๕๑-๐๑๔๙ ภายในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๑ สภาการพยาบาลหวังในความร่วมมือครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

อังกณ สิริยาภรณ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อังกณ สิริยาภรณ์)

เลขาธิการสภาการพยาบาล

งานพัฒนาวิชาชีพและมาตรฐานฯ : ๐๒ ๕๕๖ ๗๕๗๑-๗๒



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการการประชุมวิชาการสภาการพยาบาลสัณจร และเครือข่ายผู้แทนสภาการพยาบาล

ประจำจังหวัด ประจำปี ๒๕๖๐

เขตสุขภาพที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๙-๓๐ มกราคม ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ จังหวัดแพร่

๑. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม (โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

สำหรับผู้แทนสภาการพยาบาล

ผู้แทนสภาการพยาบาลประจำจังหวัด.....

๑. ชื่อ-สกุล.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบอนุญาต.....เลขที่สมาชิก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบอนุญาต.....เลขที่สมาชิก.....

สำหรับสมาชิกสภาการพยาบาล (แห่งละ 5 คน) จังหวัด.....

๑. ชื่อ-สกุล.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบอนุญาต.....เลขที่สมาชิก.....

๒. ชื่อ-สกุล.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบอนุญาต.....เลขที่สมาชิก.....

๓. ชื่อ-สกุล.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบอนุญาต.....เลขที่สมาชิก.....

๔. ชื่อ-สกุล.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบอนุญาต.....เลขที่สมาชิก.....

๕. ชื่อ-สกุล.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

เลขที่ใบอนุญาต.....เลขที่สมาชิก.....

๒. ประเภทอาหาร ☐ หัวใจ ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ

๓. กรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๑ ไปที่ งานพัฒนาวิชาชีพฯ ทางโทรสาร
หมายเลข ๐๒-๕๕๑-๐๑๔๔

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์มือถือ.....

หน่วยงาน.....

ผู้ประสานงาน

นางสาวยอดขวัญ เรืองรัตน์ (นักวิชาการวิชาชีพพยาบาล) โทร ๐๒-๕๕๖๗๕๗๑-๒