

นรทศ



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
รับที่.....10919
วันที่.....16 ต.ค. 2560
เวลา.....13.55 น.

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๙๑๖/ว๑๐๖๒

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ถนนคีรีรัฐยา จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๕ ตุลาคม ๒๕๖๐

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ.....๒๒๘๑
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
วันที่.....๘.๔๕ น.
ผู้รับ.....อภิพร

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง (การรักษารอคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๑๙/๒๕๖๑

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/นายกเทศมนตรี/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๑๙ อบรมระหว่างวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ค่าลงทะเบียนจำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล และได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน และผู้เข้ารับการอบรม สามารถเบิกค่าลงทะเบียนได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ทั้งนี้ต้องได้รับอนุมัติจากต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการอบรมดังกล่าว โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ (วันวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สภาร แก้วจันทิก หัวหน้างานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือสามารถดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

อภิพร ชื่นกลิ่น

(นางอภิพร ชื่นกลิ่น)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ

โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๔ ต่อห้อง ๑๑๒

โทรสาร ๐-๓๒-๔๐๐๕๗๓

ติดรูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น)รุ่นที่ ๑๙/๒๕๖๑
อบรมระหว่างวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเอง

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง

วัน / เดือน / ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เลขใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

จบการศึกษาปี พ.ศ.....มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี ตำแหน่ง.....

๒. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....หมู่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

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

โทรสาร.....เบอร์มือถือ.....Email.....

๔. บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อ ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.).....

เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ สมัครด้วยตนเองได้ที่วิทยาลัย ฯ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ /สมัครทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

สามารถสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th

และ สมัครได้ตั้งแต่ บัดนี้ จนถึงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

อาจารย์สถาพร แก้วจันทิก

หัวหน้างานบริการวิชาการ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒๐๓ ม.๒ ต.ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๔ ต่อ ๑๑๒ Fax. ๐-๓๒๔๐-๐๕๗๓

หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน

๒. สำเนาบัตรประชาชน

๓. สำเนาปริญญาบัตร ๑ ใบ

๔. สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ๑ ใบ

๕. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๖. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน 4 รูป (รวมติดชุดสมัคร)

๘. หลักฐานอื่น ๆ ที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

**หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....
☐ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล จำนวน ปี
ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน และยินดีต้อนรับให้นาง/นางสาว/นาย.....
.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) ระหว่างวันที่ เดือน..... พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร
กรณี ร.พ. ชุมชน / ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ
กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพสต. คือ สาธารณสุขอำเภอ

- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการอบรม ค่าเดินทางค่าพาหนะ ค่าที่พักและเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการอบรมเบิกจากงบประมาณหน่วยงานต้นสังกัดตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือตามข้อตกลงกับหน่วยงาน

๗. ที่พักในระหว่างการอบรม

- ภาคทฤษฎี

ผู้เข้ารับการอบรมรับผิดชอบจัดหาที่พักเอง ตลอดระยะเวลาการอบรมหรือสามารถติดต่อห้องพักของวิทยาลัยได้ โดยต้องจองล่วงหน้าก่อนอย่างน้อย ๑ สัปดาห์

- ภาคปฏิบัติ

รับผิดชอบจัดหาที่พักเอง หรือสามารถติดต่อขอที่พักจากแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่มีความพร้อม

๘. เอกสารประกอบการสมัคร

๑. หนังสือรับรองประสบการณ์การปฏิบัติงาน

ไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานและได้รับใบรับรองอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ จากสภาการพยาบาล (ใช้แบบฟอร์มที่โหลดจากเว็บไซต์ของวิทยาลัย)

๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๔. หนังสืออนุมัติให้ลาอบรม จากหน่วยงานต้นสังกัด

๕. หรือหนังสือรับรองความจำเป็นของการให้เข้ารับการอบรมของผู้บังคับบัญชา (ถ้ามี) เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณากลับการของคณะกรรมการฯ

การสมัครและการสอบโดยการสอบสัมภาษณ์

รับสมัครตั้งแต่บัดนี้ ถึง ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

สมัครก่อน (สอบก่อน) รับจำนวนจำกัด

รอบที่ ๑ รับสมัครตั้งแต่บัดนี้ ถึง ๒๐ ต.ค.๖๐

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวันที่ ๒๔ ต.ค.๖๐

สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๐

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรม ๓๑ ต.ค.๖๐

รอบที่ ๒ รับสมัครตั้งแต่ ๒๓ ต.ค.๖๐ ถึง ๓ พ.ย.๖๐

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวันที่ ๖ พ.ย.๖๐

สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๑๐ พ.ย. ๒๕๖๐

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรม (รอบที่ ๒) ๑๓ พ.ย.๖๐

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์หรือสมัครด้วยตนเองที่

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒๐๓ ม.๒ ต. ชะชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

โทร๐๓๒-๔๒๗๐๔๙ ต่อ๑๑๒ โทรสาร ๐๓๒-๔๐๐๕๗๓

โหลดใบสมัครได้จากเว็บไซต์วิทยาลัย www.pckpb.ac.th



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

๑. อาจารย์สถาพร แก้วจันทิก ๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑

๒. อาจารย์อังสนี กันสุขเจริญ ๐๘๐-๙๙๕๐๘๙๔

๓. อาจารย์วีรวรรณ กลิ่นสุวรรณ ๐๘๕-๒๙๔๙๐๘๕

๔. คุณฉลวย ดีอพงษ์ ๐๙๑-๒๗๖๓๖๔๒



การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๑๙ ระหว่างวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑



สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

และ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถาบันพระบรมราชชนก

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขา เวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น)รุ่นที่๑๙/๒๕๖๑

หลักการและเหตุผล

เพื่อการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพในด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นนโยบายในระดับชาติที่ทุกหน่วยงานของประเทศ ต้องร่วมกันแก้ไข สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีและวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักเห็นความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าว จึงได้พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น) ให้เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ให้ตอบสนองความต้องการของสังคมและประเทศชาติต่อไป

๑. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

๑. ผู้เข้าอบรมต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๒. มีคุณสมบัติตามในข้อที่ ๑ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล มาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี

๓. เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๑ และข้อ ๒ ที่ผ่านการสอบคัดเลือกตามเกณฑ์ของวิทยาลัย คณะกรรมการบริหารหลักสูตรของวิทยาลัยได้พิจารณาเห็นว่ามีเหมาะสม



๒. ระยะเวลาการอบรม

ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมรุ่นละ ๑๘ สัปดาห์

ระหว่างวันที่๒๗ พฤศจิกายน๒๕๖๐ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๑

- ภาคทฤษฎี ใช้เวลาอบรมจำนวน ๙ สัปดาห์ดังนี้
สัปดาห์ที่ ๑ วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์เข้ารับการอบรมทุกวัน
สัปดาห์ที่ ๒-๙ อบรมทุกวันศุกร์ เสาร์ อาทิตย์

- ภาคปฏิบัติ ใช้เวลาฝึกปฏิบัติงานจำนวน ๙ สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑๐-๑๗ ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ ๕-๖ วัน ตั้งแต่
วันจันทร์ถึงวันเสาร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.และ

ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการสัปดาห์ละ ๓ วัน ตั้งแต่เวลา
๑๖.๓๐-๒๐.๐๐ น.

สัปดาห์ที่ ๑๘ สัมมนาวิชาการ กรณีศึกษาของแต่ละกลุ่ม
ประเมินผลการเรียนรู้รวบยอดและประเมินผลการ
ดำเนินการจัดอบรม พร้อมทั้งพิธีรับประกาศนียบัตรผู้สำเร็จ
การอบรมในวันสุดท้ายของสัปดาห์

๓. สถานที่

- ภาคทฤษฎี/ทดลอง

ห้องประชุมและห้องปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาล
พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- ภาคปฏิบัติ

โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดใกล้เคียงที่ได้รับการรับรอง
จากสภาการพยาบาล

๔. กิจกรรมการอบรม

- ภาคทฤษฎี - บรรยาย / อภิปราย / ประชุมกลุ่ม

- สาธิต / ศึกษาด้วยตนเอง

- สถานการณ์จำลอง (SBL)

- ศึกษาดูงาน

- ภาคปฏิบัติ - ฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและ
การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

- สัมมนา / ประชุมกลุ่ม

- รายงานกรณีศึกษา

๕. การวัดและประเมินผล

ตามเกณฑ์ที่หลักสูตรกำหนด ดังนี้

๑. เวลาเข้าอบรมต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของ
ทุกหน่วยการเรียนรู้

๒. คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ๒.๕๐

๖. การเตรียมค่าใช้จ่ายและค่าลงทะเบียน

- ค่าลงทะเบียน คนละ ๓๐,๐๐๐ บาท