



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑
เลขที่ 12599
วันที่ 1 ธ.ค. 2560
เวลา 11.22 น.

ที่ สธ ๐๒๒๖/๒๕๖๐

๑๕๖ หมู่ ๑๐ ตำบล...
กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล
อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๘๐ ๑๙๗๒
เลขที่ 18๑๖
วันที่ 19/4/2561

๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐ (Oncology Nursing Course)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่ สธ ๐๓๑๒/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ กรมการแพทย์อนุมัติให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐ (Oncology Nursing Course) ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม - ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ (หลักสูตร ๔ เดือน) ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ จำนวน ๔๐ คน โดยจัดสรรงบประมาณของกรมการแพทย์ในส่วน Servicer Plan จำนวนทั้งสิ้น ๖ คน (ไม่เสียค่าใช้จ่ายลงทะเบียน) ส่วนอีก ๓๔ คน จ่ายค่าลงทะเบียนคนละ ๔๕,๐๐๐ บาท ดังนั้น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ ในเขตสุขภาพที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ปฏิบัติงานการพยาบาลมานานไม่น้อยกว่า ๒ ปี

๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการแพทย์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ทั้งนี้เพื่อให้การคัดเลือกผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงขอใช้ระบบการสัมภาษณ์ โดยเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ สอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น ๖ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และประกาศผลวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๐ นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ ขอเชิญบุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่าน สมัครเพื่อเข้ารับการคัดเลือกอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยส่งรายชื่อพร้อมใบสมัครมายังสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ ทาง E-mail : healthregion1.chro@gmail.com ภายในวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๐ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายไพศาล ชาญวานิชกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑

กลุ่มบริหารทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๙๐๒๓๘

โทรสาร ๐๕๓-๘๙๐๒๔๑



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
เลขที่รับ ๓๕๓๕
วันที่ ๒๗ พ.ย. ๒๕๖๐
เวลา ๑๕.๐๙

กองตรวจราชการ	เลขรับ 11261
วันที่ 27 พ.ย. 2560	เวลา 15.09

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทร. ๐-๒๖๐๒-๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕ โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๖๓๕๘
ที่ สธ.๐๓๑๒/๒๕๖๐ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐
เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการอบรม

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑

ตามที่กรมการแพทย์อนุมัติให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐ (Oncology Nursing Course) ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ (หลักสูตร ๔ เดือน) ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ จำนวน ๔๐ คน โดยได้รับจัดสรรงบประมาณของกรมการแพทย์ส่วน Service plan จำนวนทั้งสิ้น ๖ คน (ไม่เสียค่าลงทะเบียน) ส่วนอีกจำนวน ๓๔ คน จ่ายค่าลงทะเบียนคนละ ๔๕,๐๐๐ บาท ดังนั้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงขอทำหนังสือถึงผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพทั้ง ๑๒ เขต เพื่อขอเชิญพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ปฏิบัติงานการพยาบาลมาไม่น้อยกว่า ๒ ปี

๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ทั้งนี้เพื่อให้การคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงขอใช้ระบบการสอบสัมภาษณ์ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน-๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ สอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น ๖ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และประกาศผลวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๑ กรณีไม่มาสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรม โดยส่งรายชื่อพร้อมใบสมัครได้ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๖๓๕๘ หรืออีเมล nursetraining.nci@gmail.com สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ ๐-๒๖๐๒-๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕, ๒๖๒๕ ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบราชการ ผู้สนใจเข้ารับการอบรมสามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ www.nci.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดมอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑

- เน้นการ สมัครรับสมัครผู้เข้าร่วมอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

- เพื่อให้สอดคล้องตามความในหนังสือที่ ๑๕๐๓ นร.๐๓๑๒

กองบริหาร ๓๐๕๐๔

นักบริหารการพยาบาล

(นายเนวินทร์ เกียรติอนันต์)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

(นายธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

28 พ.ย. 2560

(นายไพศาล วัฒนวิญญู)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑

๒๗ พ.ย. ๒๕๖๐



ลำดับที่

รูปถ่าย 1 นิ้ว

2 รูป

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

Oncology Nursing Course

ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด

ที่อยู่ติดต่อได้

E-mail :

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

สถานที่ทำงาน

โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ประสบการณ์การทำงาน ปี หน่วยงาน

วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

**** ค่าลงทะเบียนไม่รวมค่าศึกษาดูงาน **** ตลอดหลักสูตร ๔ เดือน : ๔๕,๐๐๐ บาท

**** โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๐๒๖-๔๖๑๖๒๑-๑**

บัญชีชื่อ “นางสาวเปรมฤดี บุญภัทรานนท์ และ/หรือ นางศิริพร สวยพริ้ง”

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : nursetraining.nci@gmail.com

☐ ใบสมัครอบรม/รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ***รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดพยาบาลขาวเท่านั้น***

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ

☐ สำเนารายงานผลการเรียน

☐ สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร

☐ หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)

☐ เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

****กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน**

เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม

****โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย**

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่/...../.....

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา
ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน..... จังหวัด.....
สังกัด กรม..... กระทรวง.....
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นส./นาง/นาย
ตำแหน่ง ปฏิบัติงานที่.....
จังหวัด..... สังกัด.....
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ปี เดือน
สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐
เห็นควรสนับสนุนให้ลาราชการได้โดยต้นสังกัด () สนับสนุนค่าลงทะเบียน
() ไม่สนับสนุนค่าลงทะเบียน

ลงชื่อ
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

สถานที่ผู้สมัครปฏิบัติงาน	ผู้บังคับบัญชาที่ให้การรับรอง
๑.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	-สาธารณสุขอำเภอ
๒.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-สาธารณสุขอำเภอ
๓.โรงพยาบาลชุมชน	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
๔.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๕.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	-นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด