ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๑.๒/ ๕๑๑๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
ถนนน่าน-ทุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์
อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รุ่นที่ ๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ ที่ สธ ๐๒๒๖/ว ๓๔๑๕ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๑

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จะจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รุ่นที่ ๖ ประจำปี ๒๕๖๒ ในระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ –๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถให้การประเมินพัฒนาการส่งเสริมฝึกการกระตุ้นพัฒนาการ ปรับพฤติกรรมเด็กที่มีพัฒนาการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษรวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กให้มีคุณภาพ นั้น

ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ขอให้ประชาสัมพันธ์แจ้งพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่หลักสูตรกำหนดสนใจเข้าร่วมอบรมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร.๐ ๕๔๖๐ ๐๐๖๘
โทรสาร.๐ ๕๔๖๐ ๐๐๖๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย สามารถดาวน์โหลดที่เวปไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 2923
วันที่ 22/10/61
เวลา.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
เลขที่รับ 11625
วันที่ ๒๖ ต.ค. ๒๕๖๑
เวลา 9.41

ที่ สธ ๐๒๒๖/ว ๓๔๑๔

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑
๑๙๖ หมู่ ๑๐ ตำบลดอนแก้ว
อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๑๘๐

๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รุ่นที่ ๖

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่ สธ ๐๓๑๘/๑๐๖๔๔ ลงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๑ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รุ่นที่ ๖ ประจำปี ๒๕๖๒ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถให้การประเมินพัฒนาการส่งเสริมฝึกการกระตุ้นพัฒนาการ ปรับพฤติกรรมเด็กที่มีพัฒนาการและเด็กที่มีความต้องการพิเศษรวม ทั้งให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กให้มีคุณภาพ นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ จึงขอเชิญบุคลากรของท่านเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ทั้งนี้ ให้สามารถเข้าอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลาและไม่เสียค่าลงทะเบียน ส่วนค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก และค่าเบี้ยเลี้ยง ให้สามารถเบิกได้จากต้นสังกัด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยเอก

(ภูรีวรรธน์ โชคเกิด)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑

เรียน นพ.สสจ.น่าน
สนง.เขตสุขภาพที่ ๑ เชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม รุ่นที่ ๖ วันที่ 1 กพ - 31 พค. 62 ณ. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จ.น่าน มีพยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าวแล้วตามรายละเอียดที่แจ้งมานี้
เห็นควรแจ้งรพช.
เพื่อประชาสัมพันธ์

25 ต.ค. 61

ดูแลความเรียบร้อย

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๙๐๒๓๘
โทรสาร ๐๕๓-๘๙๐๒๔๑

๒๖ ต.ค. ๒๕๖๑

๒๒ ต.ค. ๒๕๖๑

๒๙ ต.ค. ๒๕๖๑

(นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

18 ต.ค. ๒๕๖๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม

รุ่นที่ ๖ ประจำปี ๒๕๖๒

หลักสูตรได้รับการรับรองหน่วยคะแนน

การศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน

<u>หลักการและเหตุผล</u>

อัตราการเกิดของเด็กไทยปัจจุบันเฉลี่ย ๘๐๐,๐๐๐ คนต่อปีในจำนวนนี้พบเด็กพัฒนาการล่าช้าจากการสำรวจทั่วประเทศพบว่า ร้อยละ ๓๐ หรือคิดเป็นจำนวนเฉลี่ย ๒๔๐,๐๐๐ คนต่อปี ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมในช่วงวัย ๐ - ๕ ปี ซึ่งเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตของสมองส่งผลให้เมื่อเด็กเหล่านี้เติบโตจะทำให้มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเกณฑ์ สาเหตุของพัฒนาการล่าช้าเกิดจากการเลี้ยงดูหรือได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่ไม่เหมาะสมประมาณร้อยละ ๘๐ ซึ่งเมื่อได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมเบื้องต้นเด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ดังนั้นเด็กอีกร้อยละ ๑๕ - ๒๐ ที่อยู่ในส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการเบื้องต้นแล้วยังไม่ดีขึ้นควรได้รับการหาสาเหตุและค้นหาความผิดปกติที่พบร่วมทั้งทางกายและพฤติกรรมเพื่อการแก้ไขที่ตรงประเด็นซึ่งนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องต่อไป

<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

๑. อธิบายหลักการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพและ การพยาบาลได้

๒. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการประเมินพัฒนาการเด็กปกติและที่มีความต้องการพิเศษ

๓. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถประเมินพัฒนาการในระดับคัดกรองและสังเกตพฤติกรรมเด็กที่ควรได้รับการแก้ไข

๔. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการหาสาเหตุของเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

๕. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถส่งเสริม ฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กและปรับพฤติกรรมเด็กได้

๖ .เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบข้อบ่งชี้ในการส่งต่อและติดตาม

เนื้อหาวิชา

๑ นโยบาย และการปฏิรูปการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม

๒. การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินทางคลินิก การตรวจและคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM/DAIM TEDA4I Denver II Bayley ASQ PEDS เป็นต้น

๓. การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าจากโรคทางกาย เช่น โรคสมอง โรคทางพันธุกรรม โรคต่อมไร้ท่อ โรคหู โรคตา รวมทั้งการดูแลสุขภาพเด็กในคลินิกเด็กดี การดูแลสุขภาพฟัน การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้าน การดูเด็กที่มีปัญหาการกิน การนอน การเลี้ยงดู การเล่นและผลของการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่อพัฒนาการ

๔. การพยาบาลและติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยง ทารกคลอดก่อนกำหนด เด็กที่มีปัญหา Birth asphysia เด็กตัวเล็กเลี้ยงไม่โต โรคอ้วน เด็กที่มีความผิดปกติทางระบบประสาท เด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา ด้านการเรียน สมาธิสั้น ออทิสติก เด็กถูกทอดทิ้ง เด็กที่มีปัญหาพฤติกรรม เช่น ก้าวร้าว ข่มเหงผู้อื่น

๕. การฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก (Early Intervention Program) การฝึกพูด (Speech Therapy) กายภาพบำบัดเบื้องต้น ทักษะการสื่อสารกับครอบครัว การให้คำปรึกษารายบุคคล การปรับพฤติกรรม (Behavioral Modifications) เภสัชบำบัด (Pharmacotherapeutics management) เป็นต้น

๖. ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรม ในหน่วยกระตุ้นพัฒนาการเด็ก งานกิจกรรมบำบัด งานฝึกพูด งานตรวจการได้ยิน งานกายภาพบำบัด ตึกทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์การเรียนเด็กป่วยในโรงพยาบาล

*เนื้อหาตามรายละเอียดของหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนด

วิธีการ : บรรยายและฝึกปฏิบัติ

จำนวนหน่วยกิตการเรียน ๑๕ หน่วยกิต แบ่งเป็น

ภาคทฤษฎี ๑๐ หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

<u>หมายเหตุ</u> การฝึกภาคปฏิบัติให้สวมเสื้อสีฟ้านุ่งกางเกงสีดำ (ชุดออกอนามัย) และเตรียมกางเกงขายาวสุภาพ

จำนวนผู้เข้ารับการอบรม : จำนวน ๓๕ คน

<u>คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม</u> :

พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็กไม่น้อยกว่า ๒ ปี

<u>เงื่อนไข</u>

๑. ต้องไม่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ตลอดหลักสูตรการศึกษา

๒. ไม่อนุญาตให้เดินทางไปต่างประเทศตลอดระยะเวลาการศึกษา ยกเว้นไปศึกษาดูงานกับหลักสูตรเท่านั้น

<u>หลักฐานประกอบการสมัคร</u>

- O ใบสมัคร
- O รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ในชุดเครื่องแบบ
- O สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตร์หรือประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
- O สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่มีอายุไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- O หนังสือรับรองการทำงานจากหน่วยงานต้นสังกัด (ตามแบบฟอร์มที่ให้)

หมายเหตุ

- กรุณาเขียนตัวบรรจง
- สมัครตั้งแต่วันที่ ๑๗ กันยายน – ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- ประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
  ทาง: www.childrenhospital-training.com
- ผู้มีสิทธิยืนยันเข้ารับการอบรมทาง e-mail address ตามแบบฟอร์มที่ให้มา
  ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิในการเข้ารับการอบรมในปีต่อ ๆ ไป

ค่าลงทะเบียน / ศึกษาดูงาน

๑. ไม่เสียค่าลงทะเบียน (เฉพาะหน่วยราชการเท่านั้น)

๒. ค่าใช้จ่ายในการศึกษาดูงานเบิกจากต้นสังกัด/จ่ายเอง

เปิดเรียน วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ผู้ประสานงาน: นางขิ่ม สกุลนุ่ม / นางสาวฐานวีร์ ธนชัยบุบผารมย์/นางสุกัลยา แสนขัน
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ : ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๑๑ ๖๑๔๑๒ ๖๑๔๑๓ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๐๒๙๒๘๐๙
๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑

Website : www.childrenhospital-training.com

E-mail : es3201.nursing@gmail.com

รูปถ่าย

ใบสมัคร

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก
รุ่นที่ ๖ ประจำปี ๒๕๖๒ (๑ กุมภาพันธ์ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒)
ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

---

๑. ชื่อ (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว/ยศ).....นามสกุล.....
(ภาษาอังกฤษ) (Ms./Mr.) .....นามสกุล.....
ตำแหน่ง..... วันเดือนปีเกิด.....

๒. ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ (บ้าน) ..... มือถือ .....
E-mail address .....

๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน..... โรงพยาบาล.....
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

๔. ประสบการณ์การทำงาน
๔.๑ ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. .....)
๔.๒ ปฏิบัติงานที่หน่วย (ระบุ)..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. .....)
๔.๓ อาจารย์พยาบาล ระยะเวลา..... ปี (พ.ศ. ..... ถึง .....)

๕. หลักฐานประกอบการสมัครทาง E-mail : es๓๒๐๑.nursing@gmail.com
ติดต่อผู้ประสานงาน : คุณขิ่ม สกุลนุ่ม/ คุณฐานวีร์ ธนชัยบุบผารมย์/ คุณสุกัลยา แสนขัน
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
งานกระตุ้นพัฒนาการ ชั้น ๑๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ : ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๑๒ , ๖๑๔๑๓ มือถือ ๐๘๑-๐๒๙ ๒๘๐๙ , ๐๘๙-๒๓๖ ๒๒๙๑
ดูรายละเอียดได้ที่ www.childrenhospital-training.com

<u>หมายเหตุ</u>

- กรุณาเขียนตัวบรรจง
- รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๑ – ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- ประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- ผู้มีสิทธิยืนยันเข้ารับการอบรมทาง e-mail address ตามแบบฟอร์มที่ให้มา ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- ผู้ที่รายงานตัวแล้วไม่มาเข้ารับการอบรมจะถูกตัดสิทธิในการเข้ารับการอบรมในปีต่อ ๆ ไป
- อบรมวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

หนังสือรับรอง (Recommendation)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

เกี่ยวข้องกับผู้สมัครเป็น.....

ขอรับรองผู้สมัครในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑. พฤติกรรมและบุคลิกภาพของผู้สมัครเป็นอย่างไร

.....

.....

๒. ผู้สมัครเข้ารับการอบรมมีความพร้อมที่จะเข้ารับการอบรมหรือไม่

.....

๓. ทางหน่วยงานได้ทำแผนส่งเข้ารับการอบรมพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมไว้แล้วหรือไม่

.....

๔. กรณีผ่านการคัดเลือกทางหน่วยงานมีความพร้อมส่งผู้สมัครเข้ารับการอบรมหรือไม่

.....

๕. ความจำเป็นพิเศษที่สนับสนุนให้เข้ารับการอบรม

.....

.....

(ลงนาม) .....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ/หัวหน้าพยาบาล/คณบดี

(.....)

วันที่ .....

<u>หมายเหตุ</u>

- ผู้รับรอง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าพยาบาลหรือคณบดี
- กรุณากรอกรายละเอียดทุกข้อ

แบบฟอร์มยืนยันเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาพยาบาลพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก รุ่นที่ ๖ ประจำปี ๒๕๖๒

ชื่อ ..... นามสกุล .....

สถานที่ทำงาน .....

หมายเลขโทรศัพท์ (มือถือ) .....

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนง ดังนี้

☐ ยืนยันเข้ารับการอบรม

☐ ขอสละสิทธิ์ไม่เข้ารับการอบรม

หมายเหตุ ให้ยืนยันภายหลังผ่านการคัดเลือกแล้ว

โดยส่งแบบฟอร์มยืนยันเข้ารับการอบรม

ที่ e-mail : es3201.nursing@gmail.com

ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

ถ้าไม่ตอบแบบฟอร์มยืนยันเข้ารับการอบรมจะถือว่าสละสิทธิ์ และจะไม่รับพิจารณาในการสมัครครั้งต่อไป

ขั้นตอนการรับสมัคร

๑. รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๑ – ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

๒. ส่งหลักฐานการสมัครทั้งหมด โดยการ scan และส่งทาง E-mail : es๓๒๐๑.nursing@gmail.com เท่านั้น

๓. ตรวจสอบการยืนยัน การได้รับเอกสารทาง Email ของท่านที่ส่งมา หากยังไม่ได้รับการยืนยันภายใน ๓ วัน ให้ติดต่อผู้ประสานงาน : นางชิ่ม สกุลนุ่ม / นางสาวฐานวีร์ ธนชัยบุบผารมย์/ นางสุกัลยา แสนขัน โทร. ๐๘๑-๐๒๙๒๘๐๙ , ๐๘๙-๒๓๖๒๒๙๑

๔. คณะกรรมการจะพิจารณาคัดเลือกตามคุณสมบัติในใบสมัครที่สมบูรณ์ และประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม ในวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ทาง : www.childrenhospital-training.com

๕. ผู้ได้รับการคัดเลือกต้องยืนยันเข้ารับการอบรมทาง ทาง E-mail : es๓๒๐๑.nursing@gmail.com ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

๖. เข้าร่วมอบรมวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒