

ที่ สธ ๐๘๓๓/ว ๕๓๖



กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 3135
๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๓
วันที่ 14.12
เวลา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
เลขที่รับ 15462
วันที่ 21 ธ.ค. 2563
10.45

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
๓๐๐๐๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๓

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัคร จำนวน ๑ ใบ
๒. แผ่นพับ จำนวน ๑ ใบ

ด้วยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ร่วมกับสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๓ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๒๕ คน ระยะเวลาการอบรม ๔ เดือน ระหว่างวันที่
๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ณ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จึงขอเชิญท่านส่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัด
ของท่านเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว (ตามรายละเอียดเอกสารที่แนบ) โดยรับสมัครตั้งแต่บัดนี้จนถึง
วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ ทั้งนี้ ค่าลงทะเบียน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าที่พัก สามารถ
เบิกจากงบประมาณต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุวรรณณี เรืองเดช)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

กลุ่มภารกิจพยาบาล

โทร. ๐ ๔๔๒๓ ๓๙๙๙ ต่อ ๖๕๓๐๕, ๖๕๙๐๗

โทรสาร ๐ ๔๔๒๓ ๓๙๗๗

๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๓

เรียน นพ.สสจ.น่าน

- เพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณา
- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์

ในเว็บไซต์ สสจ.น่าน เพื่อให้ทราบ
โดยทั่วกัน

ทพช.

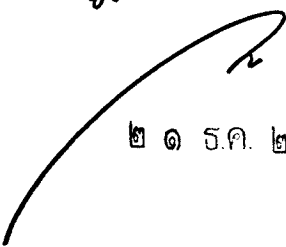
(นางขวัญทิพย์ ครองดี)

เจ้าพนักงานธุรการ

๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๓


๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๓

ธณ+ปธ.


๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๓

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

รูปถ่าย 1 นิ้ว

“การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน” รุ่นที่ 3
ระหว่างวันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ – วันที่ 31 เดือนพฤษภาคม 2564

ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ และสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

(กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)***

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี วันเดือนปีเกิด.....
ศาสนา..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... โทรศัพท์.....
E-mail:.....
2. ตำแหน่งปัจจุบัน..... ระดับ..... อายุราชการ..... ปี..... เดือน.....
3. สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
4. ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
5. ที่อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
6. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล..... หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....
7. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
คุณวุฒิ..... สาขา.....
สถานศึกษา..... ปีที่จบการศึกษา.....
8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....
ได้อนุญาตให้..... ตำแหน่ง.....
เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงานขึ้นไป

2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 1 ชุด พร้อมหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน

3. ชำระค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ : ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ชื่อบัญชีโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ เลขที่ 306-1-00039-9 กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้ว ขอสงวนสิทธิ์การคืนเงิน

กรุณาส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัครที่ หัวหน้ากลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทรสาร 0 4423 3977 E-mail: jvknurse@gmail.com

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน รุ่นที่ 3

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
- 2) สามารถประเมินสภาวะสุขภาพ คัดกรอง ให้ข้อวินิจฉัย และวางแผนทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แก่ผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้
- 3) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนทั่วไป และป้องกันการเจ็บป่วยในกลุ่มเสี่ยง โดยให้บริการปรึกษาและจัดการกับความเครียด
- 4) บูรณาการความรู้ ผลการวิจัย ข้อมูลเชิงประจักษ์ เทคโนโลยี และหลักในการจัดการกรณีพิเศษทางสุขภาพจิตในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

โครงสร้างของหลักสูตร

หน่วยกิตตลอดหลักสูตร 18 หน่วยกิต

ภาคทฤษฎี 11 หน่วยกิต

ภาคปฏิบัติ 7 หน่วยกิต

ระยะเวลาการฝึกอบรม

- เรียนเต็มเวลา ระยะเวลา 18 สัปดาห์
- 1) 2 สัปดาห์แรก ศึกษาด้วยตนเองเพื่อปรับพื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผ่านระบบออนไลน์ ณ หน่วยงานตนเอง
 - 2) ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 (18 สัปดาห์) ณ สถานที่จัดอบรม

คุณสมบัติผู้สมัคร

- 1) พยาบาลวิชาชีพ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ทางพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาล หรือเทียบเท่าปริญญาตรี ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1
- 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี ก่อนเข้ารับการอบรม หรือมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช 3) มีอายุไม่เกิน 55 ปี นับจนถึงวันอบรม
- 4) มีหนังสืออนุญาตให้เข้ารับการอบรมจากผู้บังคับบัญชา และสามารถเข้ารับการอบรมได้ตลอดเวลา ตามกำหนด

การจัดการเรียนการสอน

- 1) ภาคทฤษฎี 6 สัปดาห์ อาศัยฝึกอบรมและวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์
- 2) ภาคปฏิบัติ 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์
- 3) ฝึกภาคปฏิบัติในชุมชน 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติงานในชุมชน
- 4) ฝึกปฏิบัติในชุมชน 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติงานที่หน่วยงานต้นสังกัด คือ โรงพยาบาลสีกี้ว และโรงพยาบาลโนนสูง ระยะเวลา 4 สัปดาห์

อัตราค่าลงทะเบียนตลอดหลักสูตร

- 1) ค่าลงทะเบียนเบิกจ่ายจากต้นสังกัด
 - หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข
 - ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)
 - หน่วยบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
 - ค่าลงทะเบียน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)
- ยกเว้นค่าลงทะเบียน แก่หน่วยบริการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9
- ชำระค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ 15 มกราคม 2564
- 2) ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง เบิกจากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง

หลักฐานประกอบการสมัคร

- 1) รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- 2) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 1 ชุด
- 3) หลักฐานการชำระเงิน

ระยะเวลาการรับสมัครและชำระค่าธรรมเนียม

รับสมัครตั้งแต่วันที่ จนถึง วันที่ 15 มกราคม 2564
ชำระค่าลงทะเบียนเข้าบัญชี:

ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนมิตรภาพ
ชื่อบัญชีโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์
เลขที่ 306-1-00039-9

ส่งหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน พร้อมใบสมัคร

สามารถส่งด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ แฟกซ์ หรือ E-Mail

- 1) ส่งไปที่กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์
Fax: 0 4423 3977
E-mail: jvkurse@gmail.com
- 2) ส่งไปที่ คุณสุรภา โนนสุภาพ สำนักวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
Fax: 0 4422 3506
E-mail: Surada@sut.ac.th