

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากร
เลขที่รับ 1730
วันที่ ๒-7 ส.ค. 2561
เวลา 11.00 น.

08/08

10 20 30

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ..... 8266
วันที่ 07 ส.ค. 2561
เวลา..... น.



ທີ ୪୮ ୦୭୦୩.୦୯୦୯/ ୧୯୫୩

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
๕๖/๖ หมู่ที่ ๒ ต.มะขามเตี้ย อ.เมือง
จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๒ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรในสังกัดสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรกฤษฎีกาการนิเทศทางการแพทย์บาล
ให้มีประสิทธิภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครอบรม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี กำหนดจัดอบรมหลักสูตรกฤตกรรมพิเศษ
ทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ในวันที่ ๑๗ - ๑๘ กันยายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมโรงแรมวังใต้
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท หมดเขตรับสมัครวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๑

ในการนี้ วิทยาลัยฯ จึงใคร่ขอเชิญชวนบุคลากรในสังกัดของท่านสมัครเข้ารับการอบรม โดยส่งใบสมัครพร้อมชำระค่าลงทะเบียน โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษา ต่อเนื่อง สาขาสุราษฎร์ธานี เลขที่ ๘๐๗-๐-๙๐๘๕๕-๖ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินและใบสมัครมาทางโทรสาร ๐๗๗-๒๘๗๘๑๖ ต่อ ๒๑๐ (กรุณาเขียนชื่อ-สกุลผู้สมัครเข้าอบรมให้ชัดเจนบนหลักฐานการโอนเงิน) โดยผู้เข้าร่วมอบรม สามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียน ค่าพาหนะ ค่าที่พัก และค่าเบี้ยเลี้ยง จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ทั้งนี้สามารถ Download รายละเอียดใบสมัครได้ที่ www.bcnsurat.ac.th หัวข้ออบรมสัมมนา สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่กลุ่มงานบริการวิชาการฯ โทร ๐๗๗-๒๘๗๘๑๖ ต่อ ๒๑๙

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบโดยทั่วถึงกัน จะเป็นพระคุณ

ก่อน ทหารแพทย์ ตำรวจหรือผู้พันพาไป ขอแสดงความนับถือ

- 1906 ปีที่สร้างและซ่อมแซม

6192018, 12/20/2018, 12/20/2018

mmvd/v

(นางรุ่งนภา จันทรา)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) รักษาการในตำแหน่ง

- 7 สก.๕๐๑ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

Qd (mL)
out m₂g

กลุ่มงานบริการวิชาการ

ໂທ ໐ ໙໙໒໔ ໙໔໑໙, ໐ ໙໙໒໔ ໙໔໑໖ ຕໍ່ໂ ໒໑໙

โทรสาร ๐ ๗๗๒๗ ๒๕๗๑ หมายเลข มท. ๖๕๕๘๖

שאל / שונת

(นางประภาพรพรณิ ลิขิตวิเศษ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่



ลำดับที่สมัคร.....

ใบสมัคร

อบรมหลักสูตรกลยุทธ์การนิเทศทางการแพทย์พยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๘ กันยายน ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุมโรงแรมวังใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
(โปรดเขียนตัวบรรจง ในกรณีที่สมรสหรือเปลี่ยนชื่อ-สกุล กรุณาวางเล็บนามสกุลเดิมด้วยค่ะ เพื่อความสะดวก
ในการบันทึกข้อมูลส่งสภาการพยาบาล)
๒. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....
๓. ชื่อหน่วยงานที่สังกัด.....
แผนก/ฝ่าย.....
๔. เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ที่บ้าน/มือถือ.....
๕. E-mail.....
๖. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น ๑
๗. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
๘. เลขที่บัตรประชาชน
๙. ท่านเป็นศิษย์เก่าพยาบาลเวชปฏิบัติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
☐ เป็นศิษย์เก่า หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง ๒ ปี) รุ่นที่.....
☐ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่.....
☐ ไม่ได้เป็นศิษย์เก่า
☐ พยาบาลเวชปฏิบัติ รุ่นที่..... ☐ ไม่ได้เป็นศิษย์เก่าพยาบาลเวชปฏิบัติ
๑๐. อาหาร ☐ ทั่วไป ☐ อิสลาม
๑๑. การสำรองห้องพัก ผู้อบรมกรุณาติดต่อสำรองที่พักด้วยตนเอง
โรงแรมวังใต้ เบอร์โทรศัพท์ ๐๗๗-๒๘๓-๐๒๐
๑๒. การชำระค่าลงทะเบียน คนละ ๓,๐๐๐ บาท (วิทยาลัยฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนทุกกรณี)
โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง
สาขาสุราษฎร์ธานี เลขที่ ๘๐๗-๐-๙๐๘๕๕-๖

****พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินและใบสมัครมายัง**

กลุ่มงานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

๕๖/๖ หมู่ ๒ ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

หรือส่งทางโทรสาร ๐๗๗-๒๘๗๘๑๖ ต่อ ๒๑๐

(กรุณาเขียนชื่อ-สกุลผู้สมัครเข้าอบรมให้ชัดเจนบนหลักฐานการโอนเงินด้วยค่ะ)

หมายเหตุ เขียนนามของด้านขวา กลุ่มงานบริการวิชาการ



ลำดับที่สมัคร.....

ใบสมัคร

อบรมหลักสูตรการปฏิบัติการนิเทศทางการแพทย์พยาบาลให้มีประสิทธิภาพ

ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๘ กันยายน ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุมโรงแรมวังใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
(โปรดเขียนตัวบรรจง ในกรณีที่สมรสหรือเปลี่ยนชื่อ-สกุล กรุณาวางเล็บนามสกุลเดิมด้วยค่ะ เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลส่งสภาการพยาบาล)
๒. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....
๓. ชื่อหน่วยงานที่สังกัด.....
แผนก/ฝ่าย.....
๔. เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ที่บ้าน/มือถือ.....
๕. E-mail.....
๖. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น ๑
๗. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
๘. เลขที่บัตรประชาชน
๙. ท่านเป็นศิษย์เก่าพยาบาลเวชปฏิบัติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
☐ เป็นศิษย์เก่า หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร(ต่อเนื่อง ๒ ปี) รุ่นที่.....
☐ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่.....
☐ ไม่ได้เป็นศิษย์เก่า
☐ พยาบาลเวชปฏิบัติ รุ่นที่..... ☐ ไม่ได้เป็นศิษย์เก่าพยาบาลเวชปฏิบัติ
๑๐. อาหาร ☐ ทวีป ☐ อิสลาม
๑๑. การสำรองห้องพัก ผู้อบรมกรุณาติดต่อสำรองที่พักด้วยตนเอง
โรงแรมวังใต้ เบอร์โทรศัพท์ ๐๗๗-๒๘๓-๐๒๐
๑๒. การชำระค่าลงทะเบียน คนละ ๓,๐๐๐ บาท (วิทยาลัยฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนทุกกรณี)
โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง
สาขาสุราษฎร์ธานี เลขที่ ๘๐๗-๐-๙๐๘๕๕-๖

**พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงินและใบสมัครมายัง

กลุ่มงานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

๕๖/๖ หมู่ ๒ ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัด สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

หรือส่งทางโทรสาร ๐๗๗-๒๘๗๘๑๖ ต่อ ๒๑๐

(กรุณาเขียนชื่อ-สกุลผู้สมัครเข้าอบรมให้ชัดเจนบนหลักฐานการโอนเงินด้วยค่ะ)

หมายเหตุ เขียนมุมของด้านขวา กลุ่มงานบริการวิชาการ