



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่  
เลขที่รับ 12665  
วันที่ 05 5.ค 2560

๐๓ 10

ที่ สธ ๐๓๓๖/ว ๑๔๐๕

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑  
ถนนการุณราชกูร์ อำเภอเมือง  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากร  
เลขที่รับ 18398  
วันที่ 6 8.๐.๖๐  
เวลา 16.24 น.

เรื่อง ขอเชิญเข้ารับการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๑๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือกรรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๓๓๖/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ กรรมการแพทย์อนุมัติให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐ (Oncology Nursing Course) ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ (หลักสูตร ๔ เดือน) ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ จำนวน ๔๐ คน โดยได้รับจัดสรรงบประมาณของกรรมการแพทย์ส่วน Service plan จำนวนทั้งสิ้น ๖ คน (ไม่เสียค่าลงทะเบียน) ส่วนอีก ๓๔ คน จ่ายค่าลงทะเบียนคนละ ๔๕,๐๐๐ บาท นั้น

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดย สำนักตรวจราชการกระทรวงเขตสุขภาพที่ ๑๑ ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ปฏิบัติงานการพยาบาลมาไม่น้อยกว่า ๒ ปี
๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

สมัครเพื่อเข้ารับการคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร โดยวิธีการสัมภาษณ์ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ สอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น ๖ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และประกาศผลวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๐ โดยส่งรายชื่อพร้อมใบสมัครได้ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรสาร ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘ หรืออีเมล nursetraining.nci@gmail.com สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ ๐ ๒๒๗๒ ๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕, ๒๖๒๕ ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบราชการ ผู้สนใจเข้ารับการอบรมสามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา แจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายขจรศักดิ์ แก้วจรัส)  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
โทร. ๐ ๗๗ ๒๘๔ ๑๐๗  
โทรสาร ๐ ๗๗ ๒๘๘ ๐๓๒

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑  
เลขที่รับ 1758  
วันที่ 28 พย 2560  
เวลา 16:57

ทพฐ ๑๑



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทร.๐-๒๖๑๒-๖๘๑๐ ต่อ ๒๖๑๕ โทรสาร.๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘  
ที่ สด.๑๓๑๒/พ.๕๗๗ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐  
เรื่อง ขอเชิญเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๑

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 เขตสุขภาพที่ ๑๑ เพื่อขอเชิญพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ปฏิบัติงานการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี

๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ทั้งนี้เพื่อให้การคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงขอใช้ระบบการสอบสัมภาษณ์ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ถึงวันอาทิตย์ที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น ๖ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และประกาศผลวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๑ กรณีไม่มาสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรม โดยส่งรายชื่อพร้อมใบสมัครได้ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘ หรืออีเมล [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ ๐-๒๖๑๒-๖๘๑๐ ต่อ ๒๖๐๕, ๒๖๒๕ ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบราชการ ผู้สนใจเข้ารับการอบรมสามารถรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดมอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมการแพทย์

๓๐๖๗๗๐๐ ๑๑/๑๑/๑๑

๐๑/๑๑

๒๘ พ๐๒๐

(นายแพทย์ อดิศักดิ์ อภิกุลวณิช)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง



จำนวนที่ .....

รูปถ่าย 1 นิ้ว

2 รูป

**ใบสมัครอบรม**

**หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐**

**Oncology Nursing Course**

ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

\*\*\*\*\*

กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

เขตสุขภาพที่ ..... จังหวัด .....

E-mail : .....

สถานที่ทำงาน .....

โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ประสบการณ์การทำงาน ..... ปี หน่วยงาน .....

วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

**หลักฐานประกอบการสมัคร :** E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto: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  
เพื่อประกอบการพิจารณารับสมัคร  
\*\*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