

มค 15/61

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ..... 167
วันที่..... 08 ม.ค. 2561
เวลา..... น.



ที่ สธ ๐๒๓๖/๐ ๑๕

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑
ถนนการุณราชบุรี อำเภอเมือง
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๕๐๐๐

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรฯ
เลขที่รับ... 25
วันที่... 8 ม.ค. 61
เวลา... 15.42 น.

๑ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (๑๐ วัน)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ทั่วไปทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แผ่นพับ จำนวน ๑ แผ่น
๒.ใบสมัคร จำนวน ๑ แผ่น

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จะดำเนินการการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นการ
พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (๑๐ วัน) นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ จึงขอประชาสัมพันธ์สำหรับผู้ที่มีความสนใจเหมาะสมสมัคร
เข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าวรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ภายในวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ติดต่อ
ประสานงาน ดร.วรเดช ช้างแก้ว โทร ๐๘-๑๖๖๗-๗๕๔๑ การอบรมครั้งนี้มีค่าลงทะเบียนจำนวน ๑๐,๐๐๐
บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายขจรศักดิ์ แก้วจรัส)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑

โทร. ๐ ๗๗๒๘ ๔๑๐๗

โทรสาร ๐ ๗๗๒๘ ๘๐๓๒



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑
เลขที่รับ.....
วันที่ 3 มี.ค. 2561
เวลา 13:35 น.

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๑๑/ว. ๓๑๐๐๘

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ถ.คทาศร ต.หน้าเมือง อ.เมือง
จ.ราชบุรี ๗๐๐๐๐

๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
ที่ได้รับยาเคมีบำบัด (๑๐ วัน)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ ที่ ๑๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แผ่นพับ จำนวน ๑ แผ่น
๒.ใบสมัคร จำนวน ๑ แผ่น

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จะดำเนินการการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด นั้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ขอประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (๑๐ วัน) สำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสมัครเข้ารับ
การอบรมหลักสูตรดังกล่าวรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ภายในวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
ติดต่อประสานงาน ดร.วรงค์ ช่างแก้ว โทร ๐๘-๑๖๖๗-๗๕๕๑ การอบรมครั้งนี้มีค่าลงทะเบียน
จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

งานบริการวิชาการ

โทร. ๐ ๓๒๓๑ ๔๖๐๓ ต่อ ๑๔๒

โทรสาร ๐ ๓๒๓๑ ๔๖๐๕



รูปถ่าย 1 นิ้ว

ใบสมัครเข้ารับหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
(หลักสูตร 10 วัน)

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (10หลัก)เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....วันเดือนปีเกิด.....
สถานที่ทำงาน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....มือถือ.....เขตสุขภาพที่.....
ประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง.....ปี
จบการศึกษาสูงสุด.....สาขา.....
ปี พ.ศ.ที่จบ.....สถาบัน.....
สถานที่ติดต่อได้สะดวก.....ถนน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
เบอร์มือถือ.....
E-mail Address.....

หลักฐานการสมัคร

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว 1 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน
 หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาลที่ไม่หมดอายุ
(นับถึงวันสุดท้ายของการสมัคร)
 ใบรับรองแพทย์ ไม่เกิน 3 เดือน

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

หนังสือรับรอง (Recommendation)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

เกี่ยวข้องกับสมัครเป็น.....

ขอรับรองผู้สมัครในด้านต่างๆ ดังนี้

๑.มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมาแล้ว.....ปี

๒.บุคลิกภาพและความประพฤติ.....

.....

๓.ภาวะสุขภาพ

.....

(ลงนาม).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

หมายเหตุ

ผู้รับรอง : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือหัวหน้าพยาบาล