



มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ WALAILAK UNIVERSITY

นครศรีธรรมราช : 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

โทรศัพท์ 0 7567 3000, 0 7538 4000, 0 7552 3000 โทรสาร 0 7567 3708

กรุงเทพมหานคร : เลขที่ 979/42-46 อาคารเอสเอ็ม ทาวเวอร์ ชั้น 19 (ตรงข้าม ททบ.5) ถนนพหลโยธิน

เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2298 0244-5, 0 2299 0930 โทรสาร 0 2298 0248 E-mail : wu-bkk@wu.ac.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
 เลขที่รับ: 1229
 วันที่: 8 ก.พ. 2565
 E-mail : wu@wu.ac.th

ที่ อว75419000/ 1 2 3 ๙๔

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 เลขที่รับ: 165.59
 วันที่: 08 ก.พ. 2565
 เวลา: ๐๘.๐๓

๒ ธันวาคม 2564

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดสมัครเข้าอบรม โครงการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (หลักสูตร 4 เดือน) รุ่นที่ 3 ประจำปี 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าสถาบันการศึกษา /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัคร จำนวน 1 ชุด

ด้วย สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ จะจัดโครงการฝึกอบรมเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง รุ่นที่ 3 ประจำปี 2565 สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนในระยะเฉียบพลันและวิกฤต รวมทั้งสร้างสัมพันธ์ภาพและการประสานความร่วมมือทั้งในระดับวิชาชีพ ได้แก่ ทีมพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ โดยจะจัดการอบรม ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 30 กันยายน 2565 นั้น

ในการนี้ จึงขอเชิญชวนบุคลากรพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของท่าน สมัครเข้าร่วมอบรม โดยค่าลงทะเบียนได้รวมค่าเอกสาร อาหารว่างและอาหารกลางวันด้วยแล้ว และขออนุมัติให้ผู้เข้าอบรมเข้าอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบของต้นสังกัด เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ทั้งนี้สามารถเก็บหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง (CNEU) ได้ จำนวน 50 หน่วยคะแนน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเข้าอบรม และโปรดประชาสัมพันธ์การอบรมครั้งนี้ไปยังบุคลากรของท่านให้รู้ทั่วกันด้วย จะขอบคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- เพื่อโปรดทราบ

- เห็นควรประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อุไร จเรประพาส)

- ๘ ก.พ. ๒๕๖๕

คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

- ทพ/อภานันท์

(นายวสิน เทียนกิ่งแก้ว)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านทันตสาธารณสุข)

ผู้อำนวยการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : อาจารย์ ดร.ชิตชนก มยุรภักดิ์ และ คุณรัตนกร บุญกลาง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ โทรศัพท์ 075-672101-2 . 086-5951114 , 089-4413317 โทรสาร 0-7567-2103



สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์



สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ร่วมกับ โรงพยาบาลหาดใหญ่

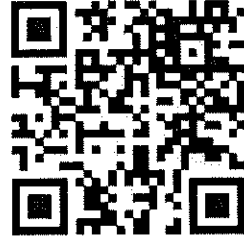
จัดโครงการอบรมหลักสูตรมีกรอบการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รุ่นที่ 3
ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 30 กันยายน 2565

สมัครได้ตั้งแต่วันที่ - 30 เมษายน 2565

ชำระค่าลงทะเบียนได้ที่ เลขที่บัญชี 020256088327 ธนาคารออมสิน

ชื่อบัญชี บริการวิชาการสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

ส่งหลักฐานการสมัครและชำระเงินได้ที่ E-mail : mchompoo47@gmail.com



ดาวน์โหลดใบสมัคร



ค่าลงทะเบียนคนละ 40,000 บาท

ผู้ผ่านการอบรมจะได้รับ

*วุฒิบัตร สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*หน่วยคะแนนจากสภาการพยาบาล 50 หน่วยคะแนน

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ : อาจารย์ ดร.ชิดชนก มยุรภักดี โทร 086-5951114และคุณรัตนากร บุญกลาง 089-4413317



ใบสมัคร

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ปีการศึกษา 2565

1. ข้าพเจ้า

<input type="checkbox"/> นางสาว ชื่อ	Name (ตัวพิมพ์ใหญ่)
<input type="checkbox"/> นาง	.....
<input type="checkbox"/> นาย นามสกุล	Family Name (ตัวพิมพ์ใหญ่)
<input type="checkbox"/>

2. หนังสือแสดงใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

สาขา	<input type="checkbox"/> การพยาบาลและการผดุงครรภ์	<input type="checkbox"/> การพยาบาล
ใบอนุญาตเลขที่	.....	.....
วัน/เดือน/ปี ออกใบอนุญาต	.....	.....
วัน/เดือน/ปี หมดอายุ	.....	.....

3. ประวัติการศึกษา

3.1 ระดับปริญญาตรี

ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อปริญญา	ชื่อสถาบัน
.....	<input type="checkbox"/> พยาบาลศาสตรบัณฑิต	.....
.....	<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	.....
.....	<input type="checkbox"/>

3.2 ระดับปริญญาโท

ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อปริญญา	ชื่อสถาบัน
.....	<input type="checkbox"/> พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	.....
.....	สาขา .....	.....
.....	<input type="checkbox"/>
.....	สาขา .....	.....

3.3 ระดับปริญญาเอก

ปี พ.ศ. ที่จบ	ชื่อปริญญา	ชื่อสถาบัน
.....	<input type="checkbox"/> ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	.....
.....	สาขา .....	.....
.....	<input type="checkbox"/> พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต	.....

4. การปฏิบัติงาน

ตำแหน่ง	.....
ชื่อหน่วยงาน	.....
แผนก	.....
หอผู้ป่วย	.....
ที่อยู่ของหน่วยงาน	เลขที่ หมู่ที่ ถนน
	อำเภอ จังหวัด
	รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน
	มือถือ E-mail

อัตราค่าลงทะเบียน 40,000 บาท ผู้สมัครโอนเงินทางธนาคาร บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารออมสิน สาขาท่าศาลา เลขที่ 0 2025 6088 32 7 ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์”
--

หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร

ผู้สมัครแนบมาพร้อมกับใบสมัคร หรือนำมาแสดงในวันสอบสัมภาษณ์

- [] 1. ใบสมัคร
- [] 2. สำเนาแสดงผลการเรียน (transcript) ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ หรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หากสำเร็จการศึกษาศูนย์พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง 2 ปี) ให้แนบสำเนาแสดงผลการเรียนหลักพยาบาลศาสตร์ (ระดับต้น) ด้วย
- [] 3. สำเนาใบปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร
- [] 4. สำเนาผลการทดสอบวิชาภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- [] 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- [] 6. สำเนาใบประกอบวิชาชีพฯ (ที่ยังไม่หมดอายุ)
- [] 7. หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากหน่วยงาน (ถ้ามี)

วิธีการสมัคร

1. ชำระค่าลงทะเบียน จำนวน 40,000 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) โดย
โอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารออมสิน สาขาอำเภอท่าศาลา
หมายเลขบัญชี 0 2025 6088 32 7
ชื่อบัญชี “บริการวิชาการ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์”

2. ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานเอกสารประกอบการสมัครและหลักฐานการโอนเงิน ทางไปรษณีย์ หรือ ติดต่อยื่นเอกสารที่เจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตร

คุณรัตนกร บุญกลาง

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ (อาคารวิชาการ 2)

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เลขที่ 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา

จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

3. ท่านสามารถส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานเอกสารประกอบการสมัครและหลักฐานการโอนเงินทาง โทรสาร (หมายเลข) 0-7567-2103 หรือ (E-mail) mchompoo47@gmail.com ถึงคุณรัตนกร บุญกลาง

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ

1. เจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตร: คุณรัตนกร บุญกลาง สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (โทร.) 075-67-2101 (มือถือ) 089-441-3317
2. ผู้ประสานงานหลักสูตร: พว. จุก สุวรรณโณ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ (มือถือ) 089-295-5568
3. คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการประจำหลักสูตรฯ: อาจารย์ ดร.ชิตชนก มยุรภักดิ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (มือถือ) 086-595-1114