



ที่ ศก ๐๐๓๒.๐๑๓/ก ๑๕๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษณ์ ศก ๓๓๐๐๐

๑๑ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน ๑ ชุด
๒. แผ่นพับประกาศรับสมัครหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น กำหนดจัดอบรมหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำนวน ๒๕ คน ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์ หลักสูตรนี้ได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาศาสตร์ ๕๐ หน่วย โดยได้รับการสนับสนุน ค่าลงทะเบียน จากกรมสุขภาพจิต ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก จากหน่วยงานต้นสังกัด

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านสมัครเข้ารับการอบรมในหลักสูตรดังกล่าว โดยสมัครด้วยตนเอง พร้อมค่าลงทะเบียนที่กลุ่มภารกิจ การพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐ โทรศัพท์ ๐๔๓ ๒๐๙ ๙๙๙ ต่อ ๖๓๒๐๘, ๖๓๒๑๑ หรือส่งใบสมัครทางโทรสาร ๐๔๓ ๒๒๔ ๗๒๒หรือสมัครทาง E-mail : Pgivkk@gmail.com (ส่งใบสมัครจริงพร้อมค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒) ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้สามารถ Download รายละเอียดโครงการได้ที่ Website: <http://www.jvkk.go.th>

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๐ - ๖

โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๖๐๔๒



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

ใบสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
รุ่นที่ 2

ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 -31 พฤษภาคม 2562

ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รูปถ่าย
ขนาด 2x3
ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่างๆ ให้สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเองในการรับการพิจารณาคัดเลือก

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) (กรุณาเขียนตัวบรรจง).....(ชื่อเดิม ถ้ามี).....
นามสกุล.....(นามสกุลเดิม ถ้ามี).....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี
ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address :
สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่..... หมู่..... ต.รอก/ชอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก).....

2. ประวัติการศึกษาระดับอุดมศึกษา (เรียงจากคุณวุฒิต่ำไปสูง ตามลำดับ)

คุณวุฒิ	ปี พ.ศ.ที่จบ	ชื่อสถานศึกษา
2.1.....
2.2.....
2.3.....
2.4.....
2.5.....

3. ประวัติการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต (ภายใน 5 ปี)

อันดับ	ชื่อโครงการ	วัน เดือน ปีที่อบรม	สถานที่จัดอบรม
1.			
2.			
3.			

4. ประวัติการทำงาน (จากอดีตถึงปัจจุบัน)

อันดับ	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน	พ.ศ.
1.			
2.			
3.			

5. ความสามารถพิเศษ.....
6. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิต หรือรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นเวลา.....ปี
7. เหตุผลหรือความจำเป็นที่ต้องเข้ารับการอบรม
- 7.1
- 7.2
- 7.3
- 7.4
- 7.5
8. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและหากได้รับการพิจารณาคัดเลือกเข้าร่วมโครงการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางฯ ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ในโครงการหรือที่ได้รับมอบหมายทุกประการ

(ลงชื่อ)

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

9. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

อนุมัติให้ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

มาเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2562 ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เหตุผลและความจำเป็นของหน่วยงานที่ส่งบุคคลเข้าอบรม.....

.....

.....

.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เอกสารประกอบการสมัคร

1. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
2. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
4. สำเนาเอกสารการเปลี่ยนชื่อ-นามสกุล (ถ้ามี)



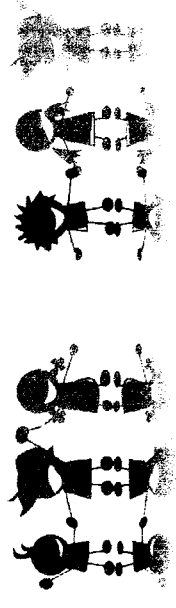
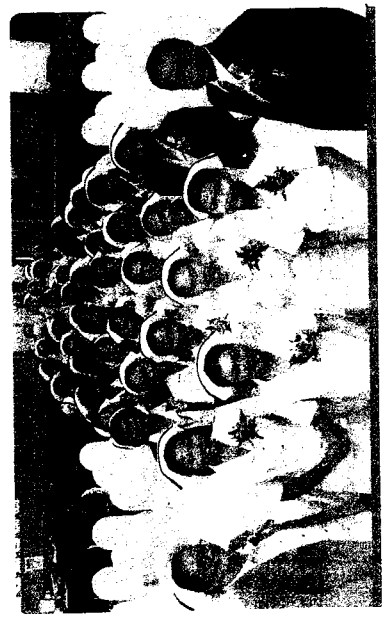
ตอบคำถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่

1. คุณชนิษฐา สนั่นเทห์
โทรศัพท์ 043-209-999
ต่อ 63208
มือถือ 085-9275434
2. คุณสิวลี เป่าโรทัย
โทรศัพท์ 043-209-999
ต่อ 63210, 63211
มือถือ 098-965-1655
3. คุณกาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู
โทรศัพท์ 043-209-999
ต่อ 63210, 63211
มือถือ 089-622-0017



หมายเหตุ

สามารถดาวน์โหลด
ใบสมัครหนังสือประกาศรับสมัคร
และเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้ที่
<https://www.jvkk.go.th>



แนะนำที่พัก (กรุณาติดต่อด้วยตนเองโดยตรง)

I Check inn	โทรศัพท์	043-328-117
The Cotton	โทรศัพท์	043-326-600
ป๊องพัวร์	โทรศัพท์	043-328-842
I Studio Hotel by I Check inn	โทรศัพท์	043-336-352

ออกแบบโดย : **I AM PRJVKK**
ฝ่ายสารนิเทศและประชาสัมพันธ์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



กรมสุขภาพจิต

ขอเชิญสมัครเข้ารับการทดสอบ

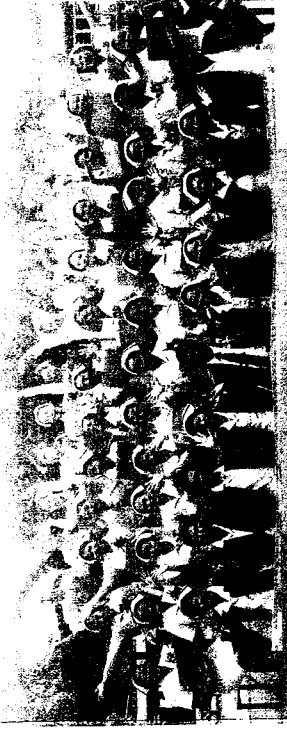
หลักสูตรฝึกอบรม

กรมสุขภาพจิตเฉพาะทาง

สาขา

**การพยาบาลสุขภาพจิต และ
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ 2**

PG



แบบฝึกหัดและเกมกลุ่มแรกชุมชนินทร์
กิจกรรมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข