



ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/๖๑๒๗

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สถาบันพระบรมราชชนก
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารการสมัคร จำนวน ๓ แผ่น

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนัก
สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว
รุ่นที่ ๕ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ ๘ พฤษภาคม -
๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวช
ปฏิบัติทั่วไป ให้มีความรู้ ทักษะ เจตคติ ในการดูแลสุขภาพครอบครัวในชุมชน ตอบสนองระบบบริการปฐมภูมิ
รับสมัครจำนวน ๓๐ คน ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง
เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากหน่วยงานต้นสังกัด

วิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานที่ผ่าน
การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) เรียบร้อยแล้ว สมัครทาง
ไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แฉวงจันทิก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้
ถึงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย
www.pckpb.ac.th หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้

จึงเรียนมาเพื่อได้โปรดประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นางปานิสรา สังวัฒนายุทธ)

รักษาราชการแทนผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



ด้านวิจัยและบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๔ ต่อ ๑๑๒

โทรสาร ๐-๓๒- ๔๐๐๕๗๓



ข่าวสารประชาสัมพันธ์

เปิดรับสมัคร

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ 5



เริ่มอบรม ระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม - 14 มิถุนายน 2566

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

รับสมัครจำนวน
30 คนเท่านั้น

ติดต่อสอบถาม

อ.สถาพร แถวจันทิก
085-5616801

ลงทะเบียน



เปิดรับสมัคร

ตั้งแต่วันที่จนถึงวันที่ 21 เมษายน 2566
ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ 24 เมษายน 2566

รายละเอียดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕

.....
อบรมภาคทฤษฎี

สัปดาห์ ที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๘ - ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖

สัปดาห์ ที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖

อบรม ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อบรมภาคปฏิบัติ สัปดาห์ ที่ ๒ - ๕ ระหว่างวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ถึงวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖

โดยฝึกภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ในจังหวัดและต่างจังหวัด

ตามที่วิทยาลัยฯกำหนด

-สมัครได้ตั้งแต่วันนี้ ถึงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖

-ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕/๒๕๖๖

อบรมระหว่างวันที่ ๘ พฤษภาคม - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเอง

๑. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง

วัน / เดือน / ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

สถาบันที่จบการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติ.....

มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น).....ปี ตั้งแต่.....

๒. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน.....เลขที่.....หมู่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....เบอร์มือถือ.....Email.....

๔. บุคคลใกล้ชิดที่สามารถติดต่อ ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.).....

เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ สามารถสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th

หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

อาจารย์สถาพร แก้วจันทิก (๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

๒๐๓ ม.๒ ต.ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐

โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๔ ต่อ ๑๑๒ Fax. ๐-๓๒๔๐-๐๕๗๓



หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
๔. สำเนาทะเบียนบ้าน
๕. สำเนาบัตรประชาชน
๖. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป
๘. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานจากผู้บังคับบัญชา และอนุมัติให้ลาอบรมได้จากต้นสังกัด
๙. สำเนาปริญญาบัตร

หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....

มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน ปี

ตั้งแต่วันที่ เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน และยินดีอนุมัติให้นาง/นางสาว/นาย.....

.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

อบรมระหว่างวันที่เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร

กรณี ร.พ. ชุมชน /ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ

กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพสต. คือ สาธารณสุขอำเภอ