



ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๙๑๖/ว๑๓๕

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ถนนคีรีรัฐยา จังหวัดเพชรบุรี ๗๖๐๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/นายกเทศมนตรี/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล/หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว ให้จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๑ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ อบรมระหว่างวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อการส่งเสริมและพัฒนาพยาบาลรองรับ PCC จำนวน ๕๐ คน โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล ผู้เข้ารับการอบรมไม่ต้องเสียค่าลงทะเบียน สำหรับค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเดินทาง เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง แต่ต้องได้รับอนุมัติจากต้นสังกัด และวิทยาลัยของได้รับผู้สมัครเมื่อครบจำนวนแล้ว

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานที่จบการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ (วันวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แก้วจันทิก หัวหน้างานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางธัญพร ชื่นกลิ่น)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ

โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๔ ต่อห้อง ๑๑๒

โทรสาร ๐-๓๒- ๔๐๐๕๗๓

ติดรูปถ่าย

ขนาด

๑ นิ้ว

ไม่เสียค่าลงทะเบียน

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๑/๒๕๖๒

อบรมระหว่างวันที่ ๑๓ พฤษภาคม - ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ของท่านเอง

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 สมัครด้วยตนเองได้ที่วิทยาลัย ฯ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ /สมัครทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่างนี้

สามารถสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

อาจารย์สถาพร แก้วจันทิก

หัวหน้างานบริการวิชาการ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

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

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

หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๔. หนังสืออนุมัติให้ลาอบรม จากหน่วยงานต้นสังกัด

๕. สำเนาทะเบียนบ้าน

๖. สำเนาบัตรประชาชน

๗. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

๘. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป

๙. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

๑๐. 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 และยินดียินดีอนุมัติให้นาง/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

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๑/๒๕๖๒ หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน นโยบายสำคัญในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพของรัฐ ตามนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การพัฒนาระบบและเครือข่ายการบริการปฐมภูมิทั้งอำเภอ (District Health System - DHS) เพื่อขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับอำเภอแบบบูรณาการ ผสมผสานการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟู เน้นการทำงานเป็นระบบ ประสานทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย ร่วมกันขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการบริการสุขภาพพื้นฐานแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชนที่ทั่วถึงและเท่าเทียม ส่งเสริมศักยภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ป้องกันตนเองจากโรค และการเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยได้ สภาการพยาบาลเห็นความสำคัญในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้นโยบาย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และแผนการพัฒนาบุคลากรดังกล่าว โดยมีความเชื่อว่าพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวจะมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์การทำงานใน ๒ ด้าน คือ ๑) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ๒) ด้านการจัดการดูแลสุขภาพครอบครัว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนา เติบโตเต็มความต้องการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวให้แก่หน่วยบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความสามารถและเจตคติตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว
๒. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยปฐมภูมิและการดูแลครอบครัวภายใต้หลักการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

๑. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

- ๑) สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
- ๒) มีประสบการณ์การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) มาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี
- ๓) ได้รับการอนุมัติจากต้นสังกัดให้เข้ารับการอบรมได้

๒. ระยะเวลาการอบรม

ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมรุ่นละ ๖ สัปดาห์
ระหว่างวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒ - ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒

๓. สถานที่

- ภาคทฤษฎี/ทดลอง
ห้องประชุมและห้องปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- ภาคปฏิบัติ
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดใกล้เคียงที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล

๔. กิจกรรมการอบรม

- ภาคทฤษฎี - บรรยาย/อภิปราย/ประชุมกลุ่ม ๑ สัปดาห์
 - สาธิต / ศึกษาด้วยตนเอง
 - สถานการณ์จำลอง (SBL)
- ภาคปฏิบัติ - ฝึกปฏิบัติวิชาการดูแลสุขภาพครอบครัว ๔ สัปดาห์
- วิชาการ - สัมมนา / รายงานกรณีศึกษา ๑ สัปดาห์

๕. การวัดและประเมินผล

ตามเกณฑ์ที่หลักสูตรกำหนด ดังนี้

๑. เวลาเข้าอบรมต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของทุกหน่วยการเรียนรู้
๒. คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ๒.๕๐



๖. การเตรียมค่าใช้จ่ายและค่าลงทะเบียน

- ค่าลงทะเบียน คนละ ๑๕,๐๐๐ บาท
- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการอบรม ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าที่พักและเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการอบรมเบิกจากงบประมาณหน่วยงานต้นสังกัดตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือตามข้อตกลงกับหน่วยงาน

๗. ที่พักในระหว่างการอบรม

- ภาคทฤษฎี
ผู้เข้ารับการอบรมรับผิดชอบจัดหาที่พักเอง
- ภาคปฏิบัติ
รับผิดชอบจัดหาที่พักเอง หรือสามารถติดต่อขอที่พักจากแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่มีความพร้อม

๘. เอกสารประกอบการสมัคร อย่างละ ๑ ใบ

๑. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
๒. สำเนาประกาศนียบัตรการจบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
๔. หนังสืออนุมัติให้ลาอบรม จากหน่วยงานต้นสังกัด
๕. สำเนาทะเบียนบ้าน
๖. สำเนาบัตรประชาชน
๗. สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
๘. รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๒ รูป
๙. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงานการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
๑๐. สำเนาปริญญาบัตร

การสมัครและการสอบโดยการสอบสัมภาษณ์

รับสมัครรอบที่๑ ตั้งแต่วันที่ ๑ ถึง ๕ เมษายน ๒๕๖๒

- ประกาศรายชื่อผู้สมัคร ๙ เมษายน ๒๕๖๒
- สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๒
- ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๖๒

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์หรือสมัครด้วยตนเองที่

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

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

โทร๐๓๒-๔๒๗๐๔๔ ต่อ๑๑๒ โทรสาร ๐๓๒-๔๐๐๕๗๓

โหลดใบสมัครได้จากเว็บไซต์วิทยาลัย www.pckpb.ac.th

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

๑. อาจารย์สถาพร แก้วจันทิก ๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑
๒. อาจารย์รวีวรรณ แก้วอยู่ ๐๘๕-๒๙๔๙๐๘๕
๓. คุณฉลวย ตือพงษ์ ๐๙๑-๒๗๖๓๖๔๒



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา
เวชปฏิบัติครอบครัว
ระหว่างวันที่ ๑๓ พฤษภาคม - ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๒

