

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๙๑๖/ว๑๐๔๗



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

๑๘ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๐/๒๕๖๒

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๐ อบรมระหว่าง
วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ค่าลงทะเบียนจำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล
และได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน และผู้เข้ารับการอบรม
สามารถเบิกค่าลงทะเบียนได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ทั้งนี้ต้องได้รับอนุมัติจากต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้
บุคลากรในหน่วยงานผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการอบรมดังกล่าว โดยสมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒ (วันวันหยุดราชการ) สมัครทางไปรษณีย์ ส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์สถาพร แก้วจันทิก
หัวหน้างานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๙ พฤศจิกายน
๒๕๖๑ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือสามารถดูรายละเอียดและสำเนาใบสมัครได้จาก website ของวิทยาลัย
www.pckpb.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

อานาห์ ศรีสักดิ์

(นางสาวอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ

โทร. ๐-๓๒๔๒-๗๐๔๙ ต่อห้อง ๑๑๒

โทรสาร ๐-๓๒- ๔๐๐๕๗๓

ติดรูปถ่าย

ขนาด

๑ นิ้ว

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ใบสมัครโครงการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๐/๒๕๖๒
อบรมระหว่างวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒ ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

คำชี้แจง : โปรดกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ครบถ้วน เพื่อประโยชน์ของตัวเอง

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

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง

วัน / เดือน / ปี เกิด.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน

เลขใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

จบการศึกษาปี พ.ศ.....มีประสบการณ์ปฏิบัติงานมาแล้ว.....ปี ตำแหน่ง.....

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
สามารถสำเนาใบสมัครได้ และดูรายละเอียด จาก website ของวิทยาลัย ฯ www.pckpb.ac.th
และ สมัครได้ตั้งแต่ บัดนี้ จนถึงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ (รับสมัคร ๒ รอบ/สมัครก่อน สอบก่อน)

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่...../...../.....

กรุณาส่งใบสมัครและสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

อาจารย์สภาพร แฉวจันทิก

หัวหน้างานบริการวิชาการ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

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

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

หลักฐานการสมัคร

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน

๒. สำเนาบัตรประชาชน

๓. สำเนาปริญญาบัตร ๑ ใบ

๔. สำเนาใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล ๑ ใบ

๕. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๖. หนังสือรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)

๗. รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป (รวมติดชุดสมัคร)

๘. หลักฐานอื่น ๆ ที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล (ถ้ามี)

**หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....
☐ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล จำนวน ปี
ตั้งแต่วันที่ เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน และยินดียินยอมให้นาง/นางสาว/นาย.....
.....เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) ระหว่างวันที่เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร
กรณี ร.พ. ชุมชน / ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ
กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.สต. คือ สาธารณสุขอำเภอ

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
กำหนดการรับสมัครและการสอบคัดเลือกเข้ารับการอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๐/๒๕๖๒

-
- เปิดรับสมัคร ตั้งแต่ บัดนี้เป็นต้นไป ถึงวันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ (เว้นวันหยุดราชการ)
 - สมัครด้วยตนเองที่วิทยาลัย ฯ ณ อาคาร ๑ ห้อง ๑๑๒
 - สมัครทางไปรษณีย์ ส่งถึง อาจารย์สถาพร แถวจันทิก (หัวหน้างานบริการวิชาการ)
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๒๐๓ ม. ๒ ต. ธงชัย อ.เมือง จ.เพชรบุรี ๗๖๐๐๐
 - วิธีการสมัครสอบคัดเลือก โดยการตรวจคุณสมบัติตามที่สภาการพยาบาลกำหนด
และสอบสัมภาษณ์ โดยสามารถเลือกเข้าสอบได้ ๒ ครั้ง ดังนี้

การรับสมัคร	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวันที่	สอบสัมภาษณ์วันที่	ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมวันที่	ชำระเงินค่าลงทะเบียนภายในวันที่
รอบที่ ๑ รับสมัครตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๒๖ ต.ค.๖๑	๒๙ ต.ค.๖๑	๓๑ ต.ค.๖๑	๒ พ.ย.๖๑	๖ พ.ย.๖๑
รอบที่ ๒ ๒๙ ต.ค.- ๙ พ.ย.๖๑	๑๒ พ.ย.๖๑	๑๔ พ.ย.๖๑	๑๖ พ.ย.๖๑	๒๐ พ.ย.๖๑

- สถานที่สอบสัมภาษณ์ ณ อาคารมหามงกุฎราชานุสรณ์ ห้อง ๓๑๐๗
- การประกาศผล ดูประกาศทาง web site ของวิทยาลัย ฯ [www : pckpb.ac.th](http://www.pckpb.ac.th)
- การรายงานตัวผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

วิทยาลัยฯขอให้ผู้ที่ผ่านการสอบ โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาพระนครคีรี ชื่อบัญชี “สำหรับจัดอบรม วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” เลขที่บัญชี ๗๐๓-๐-๕๗๓๓๕-๘ จำนวน ๓๐,๐๐๐ บาท (สามหมื่นบาทถ้วน) ภายในวันที่กำหนดตามประกาศผลแต่ละรอบ

หลังจากโอนเงินเรียบร้อยแล้ว Fax เอกสารการโอนเงินมาที่ ๐๓๒-๔๐๐๕๗๓/ทาง Line อ.สถาพร แถวจันทิก/คุณฉลวย ตือพงษ์ ตามเบอร์โทรข้างล่างนี้ และเก็บหลักฐานการโอนเงินตัวจริงส่งให้วันรายงานตัวเข้ารับการอบรม วันที่ ๒๖ พ.ย.๒๕๖๑ ทั้งนี้วิทยาลัยฯจะออกหนังสือรับรองเป็นผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม แจ้งท่านและหน่วยงานต้นสังกัดของท่านทราบเพื่อดำเนินการอนุญาตเข้ารับการอบรมต่อไป

- -สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ อาจารย์สถาพร แถวจันทิก ๐๘๕ - ๕๖๑๖๘๐๑
คุณฉลวย ตือพงษ์ ๐๙๑ - ๒๗๖๓๖๔๒

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขา เวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น)รุ่นที่ ๒๐/๒๕๖๒

หลักการและเหตุผล

เพื่อการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพในด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นนโยบายในระดับชาติที่ทุกหน่วยงานของประเทศ ต้องร่วมกันแก้ไข วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (สถาบันพระบรมราชชนก) ร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักเห็นความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าว จึงได้พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น) ให้เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ให้ตอบสนองความต้องการของสังคมและประเทศชาติต่อไป

๑. คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

๑. ผู้เข้าอบรมต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
๒. มีคุณสมบัติตามในข้อที่ ๑ และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านการพยาบาล มาแล้วอย่างน้อย ๑ ปี
๓. เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๑ และข้อ ๒ ที่ผ่านการสอบคัดเลือกตามเกณฑ์ของวิทยาลัย คณะกรรมการบริหารหลักสูตรของวิทยาลัยได้พิจารณาเห็นว่ามีความเหมาะสม



๒. ระยะเวลาการอบรม

ระยะเวลาที่ใช้ในการอบรมรุ่นละ ๑๘ สัปดาห์

ระหว่างวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒

ภาคทฤษฎี ใช้เวลาอบรมจำนวน ๙ สัปดาห์ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์เข้ารับการอบรมทุกวัน

สัปดาห์ที่ ๒-๙ อบรมทุกวันศุกร์ เสาร์ อาทิตย์

ภาคปฏิบัติ ใช้เวลาฝึกปฏิบัติงานจำนวน ๙ สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑๐-๑๗ ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ ๕-๖ วัน ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันเสาร์ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐ น. และ

ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการสัปดาห์ละ ๓ วัน ตั้งแต่เวลา ๑๖.๓๐-๒๐.๐๐ น.

สัปดาห์ที่ ๑๘ สัมมนาวิชาการ กรณีศึกษาของแต่ละกลุ่ม ประเมินผลการเรียนรู้รวมยอดและประเมินผลการดำเนินการ จัดอบรม พร้อมทั้งพิธีรับประกาศนียบัตรผู้สำเร็จการอบรมในวันสุดท้ายของสัปดาห์

๓. สถานที่

- ภาคทฤษฎี/ทดลอง

ห้องประชุมและห้องปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

- ภาคปฏิบัติ

โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดใกล้เคียงที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล

๔. กิจกรรมการอบรม

- ภาคทฤษฎี - บรรยาย / อภิปราย / ประชุมกลุ่ม

- สาธิต / ศึกษาด้วยตนเอง

- สถานการณ์จำลอง (SBL)

- ศึกษาดูงาน

- ภาคปฏิบัติ - ฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

- สัมมนา / ประชุมกลุ่ม

- รายงานกรณีศึกษา

๕. การวัดและประเมินผล

ตามเกณฑ์ที่หลักสูตรกำหนด ดังนี้

๑. เวลาเข้าอบรมต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ของทุกหน่วยการเรียนรู้

๒. คะแนนเฉลี่ยตลอดหลักสูตร ไม่น้อยกว่า ๒.๕๐

๖. การเตรียมค่าใช้จ่ายและค่าลงทะเบียน

- ค่าลงทะเบียน คนละ ๓๐,๐๐๐ บาท
- ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการอบรม ค่าเดินทาง ค่าพาหนะ ค่าที่พักและเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการอบรมเบิกจากงบประมาณหน่วยงานต้นสังกัดตามหลักเกณฑ์ และอัตราที่กำหนดในระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๔๕ หรือตามข้อตกลงกับหน่วยงาน

๗. ที่พักในระหว่างการอบรม

- ภาคทฤษฎี
ผู้เข้ารับการอบรมรับผิดชอบจัดหาที่พักเอง
- ภาคปฏิบัติ
รับผิดชอบจัดหาที่พักเอง หรือสามารถติดต่อขอที่พักจากแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่มีความพร้อม

๘. เอกสารประกอบการสมัคร

๑. หนังสือรับรองประสบการณ์การปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานและได้รับใบรับรองอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ จากสภาการพยาบาล (ใช้แบบฟอร์มที่โหลดจากเว็บไซต์ของวิทยาลัย) รับรองโดยหัวหน้างานต้นสังกัด

๒. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่งหรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๓. สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล

๔. หนังสืออนุมัติให้ลาอบรม จากหน่วยงานต้นสังกัด

๕. หรือหนังสือรับรองความจำเป็นของการให้เข้ารับการอบรมของผู้บังคับบัญชา (ถ้ามี) เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณากลับกรองของคณะกรรมการฯ

การสมัครและการสอบโดยการสอบสัมภาษณ์

- รับสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ ถึง ๙ พ.ย. ๒๕๖๑

สมัครก่อน (สอบก่อน) รับจำนวนจำกัด

รอบที่ ๑ รับสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ ถึง ๒๖ ต.ค.๖๑

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวันที่ ๒๙ ต.ค.๖๑

สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๐

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรม (รอบที่ ๑) ๒ พ.ย.๖๑

รอบที่ ๒ รับสมัครตั้งแต่ ๒๙ ต.ค.๖๑ ถึง ๙ พ.ย.๖๑

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวันที่ ๑๒ พ.ย.๖๑

สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๑๔ พ.ย. ๒๕๖๑

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรม (รอบที่ ๒) ๑๖ พ.ย.๖๑

ส่งใบสมัครทางไปรษณีย์หรือสมัครด้วยตนเองที่

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

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

โทร๐๓๒-๔๒๗๐๔๔ ต่อ๑๑๒ โทรสาร ๐๓๒-๔๐๐๕๗๓

โหลดใบสมัครได้จากเว็บไซต์วิทยาลัย www.pckpb.ac.th

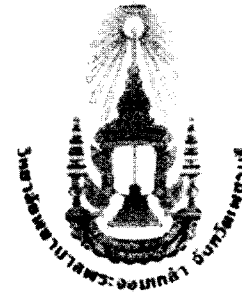


สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

๑. อาจารย์สถาพร แก้วจันทิก ๐๘๕-๕๖๑๖๘๐๑

๒. อาจารย์รวิวรรณ แก้วอยู่ ๐๘๕-๒๙๔๔๐๘๕

๓. คุณฉลวย ตือพงษ์ ๐๙๑-๒๗๖๓๖๔๒



การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๐ ระหว่างวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ร่วมกับ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สถาบันพระบรมราชชนก

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข