



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง โทรศัพท์ ๐ ๗๕๒๑ ๑๒๙๘ ต่อ ๒๕๒

ที่ สธ ๑๑๐๓.๐๘/ว ๓๖๖

วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติโครงการประชาสัมพันธ์ การเปิดรับสมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ ๙

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

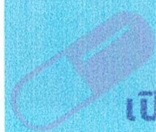
ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ร่วมกับ โรงพยาบาลตรัง ได้จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ ๙ ระหว่างวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ - ๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนให้มีการพัฒนาบุคลากรและเห็นความสำคัญการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินให้ได้ตามมาตรฐานสามารถประเมินวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทุกสถานการณ์

วิทยาลัยเห็นว่าการอบรมนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้ ความสามารถและศักยภาพทางด้านการพยาบาลฉุกเฉิน จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดของท่าน สมัครเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้จากหน่วยงานต้นสังกัด โดยสามารถสมัครตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้ และกรุณาส่งเอกสารกลับมายังวิทยาลัยฯ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ bcnt.enp@gmail.com ได้ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๕ ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารการสมัครได้จาก www.bcnt.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบโดยทั่วถึงกัน จะเป็นพระคุณ

(นางประไพพิศ สิงหเสน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง



**กำหนดการ
เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ถึง
วันที่ 9 ธันวาคม 2565**

1. ส่งหลักฐานการสมัครให้วิทยาลัยฯ ภายใน วันที่ 9 ธันวาคม 2565 เวลา 16.00 น.
ทาง E-mail : bcnt.enp@gmail.com
2. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบข้อเขียน และสอบสัมภาษณ์ วันที่ 13 ธันวาคม 2565 ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnt.ac.th
3. วันที่ 16 ธันวาคม 2565 เวลา 09.00 - 12.00 น. สอบข้อเขียน เวลา 13.00 - 16.00 น. สอบสัมภาษณ์
4. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม วันที่ 20 ธันวาคม 2565 ทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.bcnt.ac.th



Contact Us

อาจารย์จิราณวัตนีย์ ชาญสูงเนิน
ผู้รับผิดชอบโครงการ
โทร. 086-2630123

นางสาวจิราภรณ์ ชุสิงห์
เจ้าหน้าที่ประจำโครงการ
โทร. 087-4177674

Website :
www.bcnt.ac.th

E-Mail :
bcnt.enp@gmail.com



**เปิดรับสมัคร
หลักสูตรฝึกอบรม
การพยาบาล
เฉพาะทาง สาขา
การพยาบาล
เวชปฏิบัติฉุกเฉิน
รุ่นที่ 9**

**รับสมัครตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่
9 ธันวาคม 2565**

**จัดการอบรม ระหว่างวันที่
6 กุมภาพันธ์ -
9 มิถุนายน 2566**

วัตถุประสงค์หลักสูตร

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินจัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะพยาบาลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านนโยบายกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพฉุกเฉิน รวมทั้งบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน สามารถประเมินและจัดการทรัพยากรเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติ สื่อสารและใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ประยุกต์ใช้ข้อมูลในการปฏิบัติทางการพยาบาลฉุกเฉิน รวมทั้งประสานงานกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน



คุณสมบัติ ของผู้เข้ารับการอบรม

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพ/อาจารย์พยาบาลที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขึ้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดูแลผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 1 ปี/การสอนที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หลักฐานประกอบการสมัคร

1. ใบสมัครตามแบบของวิทยาลัย
2. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน สำหรับติดในใบสมัคร
3. สำเนาปริญญาบัตร
4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ยังไม่หมดอายุ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
6. เอกสารอื่น เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

หมายเหตุ

ค่าลงทะเบียน จำนวน 62,000 บาท (หกหมื่นสองพันบาทถ้วน)

ไม่รวมค่าเดินทาง ที่พัก และเบี้ยเลี้ยงในการอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ





วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
ใบสมัคร

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน รุ่นที่ 9

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆระบุ).....
Name-Surname (Mr./Mrs./Miss./other).....
2. วัน-เดือน-ปี เกิด.....อายุ.....ปี ชื่อเล่น.....
ศาสนา..... เชื้อชาติ..... สถานะ () โสด () สมรส () อื่นๆระบุ.....
3. เลขประจำตัวประชาชน.....
เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....เลขบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่ติดต่อได้สะดวก).....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์(มือถือ)..... E-mail.....
5. สถานที่ทำงาน.....กลุ่มงาน/แผนก.....
ที่อยู่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....
ประสบการณ์การทำงาน.....ปี
6. วุฒิการศึกษาสูงสุด.....
สถาบันการศึกษา.....ปีที่จบ.....

คำรับรองของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

(หน่วยงานภูมิภาค : ผู้บังคับบัญชาระดับกอง หรือเทียบเท่า

สำหรับโรงพยาบาลหรือสถาบันของกรมต่าง ๆ : อธิบดี หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้อำนวยการสถาบัน)

ผู้บังคับบัญชา ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

เป็นผู้บังคับบัญชาของ

ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอด
ระยะเวลาของหลักสูตร และตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร และได้กั้นเงินงบประมาณ ไว้เป็นค่าใช้จ่าย
ตลอดในการฝึกอบรมแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....