

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 1451
วันที่ 26 พ.ย. 2561
เวลา.....



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
เลขที่รับ 15234
วันที่ 26 พ.ย. 2561 11.00

ที่ สธ ๐๒๓๒.๐๕/๖๒๘๘

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗
ถนนหน้าศูนย์ราชการ ขก ๔๐๐๐๐

๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ทุกแห่ง เขตสุขภาพที่ ๗
สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมการแพทย์ ที่ สธ ๐๓๑๒/๓๙๓๖
ลงวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมการแพทย์โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร กำหนดจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑ (Program of Nursing Specialty in Oncology Course) ระหว่างวันที่ ๗ มกราคม ถึงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ (หลักสูตร ๔ เดือน) ณ โรงแรมโนแชนท์ กรุงเทพมหานคร โดยเปิดรับสมัครเข้าร่วมการอบรมระหว่างวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน - ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ และสอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ นี้

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗ จึงขอแจ้งประชาสัมพันธ์พยาบาลในหน่วยงานทราบและสมัครเข้ารับการอบรมฯ โดยมีค่าลงทะเบียนคนละ ๔๕,๐๐๐ บาท และเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากหน่วยงานต้นสังกัด พร้อมทั้งส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมการอบรม ทาง E-mail: nursetraining.nci@gmail.com ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

- เรียน นพ.สสจ.กาฬสินธุ์
ผู้เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้อง
 ให้รับทราบทุกแห่ง
 ให้รับทราบทุกแห่ง
 ให้รับทราบ รพ./สอ. ทุกแห่ง
 ให้หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน
 ให้หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗

(นางสาวจริญญา ฉันทประเดิม)
นักทรัพยากรบุคคล

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์: ๐๔๓-๒๓๔๖๖๕
โทรสาร : ๐๔๓-๒๓๔๖๖๕ ต่อ ๑๙
ผู้ประสานงาน : นางสาวกัญมาลี บุญรัตน์ (นางนิศรักรัตนาภักดิ์ โคตม) (นางสาววิมลรัตน์ ภูผาสุข)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ผู้รับทราบ/ปฏิบัติหน้าที่	๘
ที่	๖๓๘๖
วันที่	๑๑ พ.ย. ๖๑
เรื่อง	๑๖.๐๕

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทร. ๐ ๒๒๐๒ ๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕ โทรสาร. ๐ ๒๖๕๔ ๖๗๕๘
 ที่ สธ.๐๓๑๒/๗๕๓๖ วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

ตามที่กรมการแพทย์อนุมัติให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครุเทพ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑ (Program of Nursing Specialty in Oncology Course) ระหว่างวันที่ ๗ มกราคม ถึงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒ (หลักสูตร ๔ เดือน) ณ โรงแรมไนเซตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๔๐ คน โดยได้รับจัดสรรงบประมาณของกรมการแพทย์ส่วน Service plan จำนวนทั้งสิ้น ๑๒ คน (ไม่เสียค่าลงทะเบียน) ส่วนอีกจำนวน ๒๘ คนจ่ายค่าลงทะเบียนคนละ ๔๕,๐๐๐ บาท ดังนั้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงขอทำหนังสือถึงผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพทั้ง ๑๒ เขต เพื่อขอเชิญพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพ ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ปฏิบัติงานการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี

๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงขอใช้ระบบการสอบสัมภาษณ์ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน- ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๑ สอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ น. ณ ห้องประชุมสมชาย สมบูรณ์เจริญ ชั้น ๕ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และประกาศผลวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ กรณีไม่มาสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรม โดยส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานได้ที่ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรืออีเมล nursetraining.nci@gmail.com สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ ๐-๒๒๐๒-๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕ , ๒๖๒๕ ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบราชการ ผู้สนใจเข้ารับการอบรมสามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ www.nci.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดมอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ศิวณ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑

- สภ.นพ.เรวัชร วัฒนาภิรมย์ รักษาการผู้อำนวยการเขตสุขภาพที่ ๑

ศิริกิติกร พรหมธรรม หลักสูตรการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่ 21 กรกฎาคม ๒๕๖๑ - 10 พฤษภาคม 2562

โดยสมัครผ่านช่องทางเว็บไซต์ www.nci.go.th จำนวน 1 คน

ส่วนแพทย์ผู้สนใจสมัครเข้ารับการอบรมได้ตั้งแต่วันที่

๑๕ พ.ย. - 14 ธ.ค. ๖๑ โทรสาร. ๐๒๒ ๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕

- หลักสูตร CHRO ๒๖.๐๓๓ Service plan สภ.นพ.เรวัชร

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โทร. ๐๖๖ ๕๐๕๐๑

น.ส.สุวิมลรัตน์ ชัย A โทร. ๐๖๖ ๕๐๕๐๑

(นางสาวสุวิมลรัตน์ ชัย)

(นางจินตนา เป็ล)

(นายณรงค์ อภิกุลวณิช)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมการแพทย์

(นายสมชาย ใจดี ปิยวัชรเวทนา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 7

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา
ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....
สังกัด กรม..... กระทรวง.....
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นางสาว/นาง/นาย /ยศ.....
ตำแหน่ง ปฏิบัติงานที่.....
จังหวัด..... สังกัด.....
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ปี เดือน
สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑
เห็นควรสนับสนุนให้ลาราชการได้โดยต้นสังกัด () สนับสนุนค่าลงทะเบียน
() ไม่สนับสนุนค่าลงทะเบียน

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่/...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

สถานที่ผู้สมัครปฏิบัติงาน	ผู้บังคับบัญชาที่ให้การรับรอง
๑.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	-สาธารณสุขอำเภอ
๒.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	-สาธารณสุขอำเภอ
๓.โรงพยาบาลชุมชน	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
๔.โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลในสังกัดกรมต่าง ๆ	-ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
๕.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	-นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด



ลำดับที่

รูปถ่าย 1 นิ้ว
1 รูป

ใบสมัครอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๑
Oncology Nursing Course
ระหว่างวันที่ ๗ มกราคม ถึงวันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒
ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมในเขตกรุงเทพมหานคร ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

ชื่อ(ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ.....นามสกุล.....
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./Rankนามสกุล.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนวัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล
ที่อยู่ติดต่อได้
E-mail :
โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....
สถานที่ทำงานหน่วยงาน.....
ตำแหน่งปัจจุบัน.....ประสบการณ์การทำงาน ปี
วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : nursetraining.nci@gmail.com

- ใบสมัครอบรม/รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน ***รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดพยาบาลขาวเท่านั้น***
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ
- สำเนารายงานผลการเรียน
- สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

****กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน
เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม
โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่/...../.....