

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
เลขที่รับ 2279  
วันที่ 29 พ.ย. 2560

ที่ สธ ๐๓๓๒.๐๕/๖ ๒๗๒๗



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์  
เลขที่รับ 14716  
วันที่ 29 พ.ย. 2560 11.40 น.

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗  
ถนนหน้าศูนย์ราชการ ขก ๕๐๐๐๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง แจ้งประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เขตสุขภาพที่ ๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือบันทึกข้อความกรมการแพทย์ ที่ สธ ๐๓๑๒/๒๕๘๘

ลงวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐ ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม - ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ค่าลงทะเบียนคนละ ๕๕,๐๐๐ บาท โดยเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ และสอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุม กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น ๖ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยส่งรายชื่อพร้อมใบสมัครได้ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรืออีเมล nursetraining.nci@gmail.com นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗ จึงขอความอนุเคราะห์แจ้งประชาสัมพันธ์บุคลากรในหน่วยงานทราบ และสมัครเข้ารับการอบรมฯ ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน นพ. สสอ.กาฬสินธุ์

ขอแสดงความนับถือ

จึงเรียนมาเพื่อโปรด

- ให้แจ้ง รพ. ทุกแห่ง  
 ให้แจ้ง สสอ./สสจ. ทุกแห่ง  
 ให้แจ้ง รพ. สสอ. สสจ. ทุกแห่ง  
 ให้แจ้ง โรงพยาบาลทุกกลุ่มงาน  
 หัวหน้ากลุ่มงาน.....  
 ปิดประกาศ

(นายพีระ อารีรัตน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗

๓๐ พย ๖๐

11/09  
me

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทรศัพท์: ๐๔๓-๒๓๕๖๖๕

โทรสาร : ๐๔๓-๒๓๕๖๖๕ ต่อ ๓๕๕

ผู้ประสานงาน : นางสาวกুমวดี บุณย์รัตน์

(นางฉวีวรรณ ชมภูเขา)  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

(นางฉวีวรรณ ธิกรโคตร)  
นักวิชาการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗
รับที่ 2671
วันที่ 27 พ.ย. 60
เวลา 16:05

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทร.๐-๒๒๐๒-๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕ โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘  
 ที่ สธ.๐๓๑๒/๗๕๗๗ วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐  
 เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรม

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๗

ตามที่กรมการแพทย์อนุมัติให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐ (Oncology Nursing Course) ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ (หลักสูตร ๔ เดือน) ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ จำนวน ๔๐ คน โดยได้รับจัดสรรงบประมาณของกรมการแพทย์ส่วน Service plan จำนวนทั้งสิ้น ๖ คน (ไม่เสียค่าลงทะเบียน) ส่วนอีกจำนวน ๓๔ คน จ่ายค่าลงทะเบียนคนละ ๔๕,๐๐๐ บาท ดังนั้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงขอทำหนังสือถึงผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๒ เขต เพื่อขอเชิญพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๑. ปฏิบัติงานการพยาบาลไม่น้อยกว่า ๒ ปี

๒. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

ทั้งนี้เพื่อให้การคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร จึงขอใช้ระบบการสอบสัมภาษณ์ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ถึงวันเสาร์ที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๙.๐๐ น. ณ ห้องประชุมกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ชั้น ๖ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และประกาศผลวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๑ กรณีไม่มาสัมภาษณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนดจะถือว่าสละสิทธิ์ในการเข้ารับการอบรม โดยส่งรายชื่อพร้อมใบสมัครได้ที่กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๖๗๕๘ หรืออีเมล [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com) สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์ ๐-๒๒๐๒-๖๘๐๐ ต่อ ๒๖๐๕ , ๒๖๒๕ ทั้งนี้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบราชการ ผู้สนใจเข้ารับการอบรมสามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ [www.nci.go.th](http://www.nci.go.th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดมอบหมายผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗  
 - สักนันทะ ธีระพงษ์ศักดิ์ ผู้อำนวยการ

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง : มะเร็งวิทยา  
 ผู้เรียน, เริ่มวันที่ 20 มกราคม ๒๕๖๑ ถึง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑  
 11 พฤษภาคม 2561 โทรสารแจ้งสมัครเข้าเรียนวันที่  
 16 พฤศจิกายน ๒๕๖๐ - 15 ธันวาคม ๒๕๖๐  
 - เห็นความชอบ CHRO ท่านหนึ่งชื่อ ศรีพิศ 4 จังหวัด  
 เพื่อไป ส.สัมพันธ์ หลักสูตรดังกล่าวต่อไป

(นายณรงค์ อภิกุลวนิช)  
 รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน  
 อธิบดีกรมการแพทย์

(นายพีระ อารีรัตน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น  
 ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗





ลำดับที่ .....

รูปถ่าย 1 นิ้ว

2 รูป

**ใบสมัครอบรม**

**หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐**

**Oncology Nursing Course**

**ระหว่างวันที่ ๘ มกราคม ถึงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑**

**ภาคทฤษฎี ณ โรงแรมแกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ ภาคปฏิบัติ ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ**

\*\*\*\*\*

**กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์**

ชื่อ.....นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(เลข๑๐หลัก) ..... เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....

ที่อยู่ติดต่อได้ .....

โทรศัพท์ (บ้าน).....(มือถือ).....

เขตสุขภาพที่ ..... จังหวัด ..... E-mail : .....

สถานที่ทำงาน .....

โทรศัพท์.....ตำแหน่งปัจจุบัน.....

ประสบการณ์การทำงาน ..... ปี หน่วยงาน .....

วุฒิการศึกษา.....ปี พ.ศ. ที่จบ.....

**หลักฐานประกอบการสมัคร : E-Mail : [nursetraining.nci@gmail.com](mailto:nursetraining.nci@gmail.com)**

- ใบสมัครอบรม/รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน **\*รูปถ่ายชุดข้าราชการหรือชุดพยาบาลขาวเท่านั้น\***
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพที่ไม่หมดอายุ
- สำเนารายงานผลการเรียน
- สำเนาปริญญาตรีหรือประกาศนียบัตร
- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา (ตามแบบฟอร์ม)
- เอกสารอื่น ๆ (เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ถ้ามี).....

**\*\*กรุณาส่งเอกสารใบสมัครพร้อมหลักฐานให้ครบถ้วน  
เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าอบรม  
\*\*โปรดนำหลักฐานฉบับจริง มาในวันลงทะเบียนด้วย**

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ...../...../.....

**หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา**  
**ผู้สมัครเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐**

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....  
สถานที่ทำงาน..... จังหวัด.....  
สังกัด กรม..... กระทรวง.....  
ขอรับรองว่า ผู้สมัคร นส./นาง/นาย .....  
ตำแหน่ง ..... ปฏิบัติงานที่.....  
จังหวัด..... สังกัด.....  
ได้ปฏิบัติงานมาแล้วในหน่วยงานเป็นเวลาทั้งสิ้น ..... ปี ..... เดือน  
สมัครเข้าอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง รุ่นที่ ๒๐  
เห็นควรสนับสนุนให้ลาราชการได้โดยต้นสังกัด ( ) สนับสนุนค่าลงทะเบียน  
( ) ไม่สนับสนุนค่าลงทะเบียน

ลงชื่อ .....  
(.....)  
...../...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

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