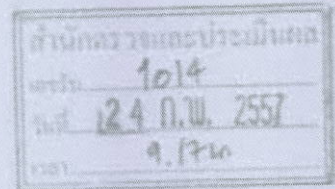
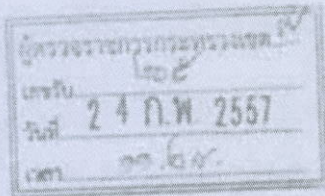


บันทึกการรับส่งข่าววิทยุ ของกระทรวงสาธารณสุข		
ที่ข่าว <u>๒๑/๕๗</u>	ที่ กส. ๐๐๓๒.๐๐๙/ว. <u>๕๑</u>	
ลักษณะข่าว / ส่วนที่สุด วันที่ <u>๒๓</u> เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗	วันที่ <u>๒๓</u> เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗	เรื่อง ส่งรายชื่อเข้าร่วมอบรม
นามผู้รับ ผอ.รพท./ผอ.รพช./สสอ./ ทุกแห่ง	นามผู้ส่ง กส.๐๑	
<b>ข้อความข่าว</b>		
<p>ด้วย วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จะดำเนินการจัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๗ ถึงวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ณ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (วศม.๒) อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>ในการนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จึงขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบโดยทั่วกัน หากมีผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่เว็บไซต์ <a href="http://๒๐๓.๑๕๗.๑๘๖.๑๕/">http://๒๐๓.๑๕๗.๑๘๖.๑๕/</a> (งานบุคลากร,ประชาสัมพันธ์) และส่งใบสมัคร (ส่วนที่สุด) มายังกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ภายในวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ เวลา ๑๖.๓๐ น. หากพ้นกำหนดดังกล่าวจะไม่รับพิจารณา</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน</p>		
อนุมัติให้ส่งข่าวได้ ลงชื่อ <u>(๒)</u> ตำแหน่ง <u>นายแพทย์ ทรัพย์พัฒน์</u> ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองกุงศรี	<u>(๒๕)</u> พนักงานส่งข่าว เวลา <u>13.25 x.</u>	<u>( )</u> พนักงานรับข่าว เวลา.....

รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์



ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๔๓๗ ๑๕๘

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม  
๕๐ ถนนหญิงวิดี อำเภอเมือง  
จังหวัดมหาสารคาม ๔๕๐๐๐

๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ส่งรายชื่อผู้เข้าอบรม

เรียน ผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพที่ ๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน ๑ ชุด

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จะดำเนินการจัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๑ ระหว่างวันที่ ๑๕ มีนาคม - ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ณ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (วคม.๒) อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวนผู้เข้ารับการอบรม ๒๐ คน เพื่อให้ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิมีพยาบาลเวชปฏิบัติครบทุกแห่ง รายละเอียดของโครงการปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดแจ้งประชาสัมพันธ์โครงการฯ ให้หน่วยงานบริการด้านสุขภาพในเขตบริการสุขภาพที่ ๗ ร้อยแก่นสารสินธุ์ทราบ และขอความกรุณาจากท่านรวบรวมรายชื่อผู้ประสงค์เข้ารับการอบรม ส่งถึงกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ ภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ จักเป็นพระคุณยิ่ง อนึ่งวิทยาลัยฯ ได้รับงบประมาณสนับสนุนตามโครงการฯ ดังกล่าวข้างต้น ให้แก่ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน ๒๕ คน สำหรับผู้เข้ารับการอบรมอีกจำนวน ๓๕ คนที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน ทางวิทยาลัยฯ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการลงทะเบียนเข้ารับการอบรมตามโครงการฯ ท่านละ ๒๓,๐๐๐ บาท และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัด โดยผู้เข้ารับการอบรมต้องเป็นผู้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ยังไม่หมดอายุ และปฏิบัติงานด้านการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี อนึ่ง หากจำนวนผู้เข้ารับการอบรม ไม่ครบตามจำนวนที่โครงการกำหนด (๒๐ คน) ทางวิทยาลัยฯ จะเปิดรับสมัครผู้เข้ารับการอบรมจากเขตบริการสุขภาพอื่นต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศุภาวดี แถวเพ็ญ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

โทร ๐ ๔๓๗๓ ๓๓๐๔, ๐ ๔๓๗๓ ๓๔๑๑ ต่อ ๑๓๐

โทรสาร ๐ ๔๓๗๒ ๒๔๐๔

สำเนาถึง : โรงพยาบาลจังหวัด, โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นายรัฐชาติ สุขุม)  
ผู้ตรวจราชการกระทรวง

รูปถ่าย

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ใบสมัครอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)  
รุ่นที่ ๒๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ มีนาคม - ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ณ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ๒

๑. ชื่อ.....สกุล.....ตำแหน่ง.....  
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
เลขที่บัตรประชาชน.....  
ที่อยู่.....  
.....  
.....  
มือถือ.....e-mail.....

๒. สถานที่ทำงาน (ระบุที่ตั้ง).....  
.....  
เบอร์โทรหน่วยงาน.....  
อายุราชการ.....ปี

๓. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....  
และข้าพเจ้าขอส่งหลักฐาน ดังรายการต่อไปนี้  
 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเลขที่.....หมดอายุวันที่.....  
 สำเนาบัตรประชาชน

คำรับรองผู้บังคับบัญชา

ผู้สมัครหลักสูตรใบสมัครอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรค  
เบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๑ เป็นผู้มีความสมัครใจ

- เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่ไม่หมดอายุ  
 ปฏิบัติงานด้าน การพยาบาลไม่ต่ำกว่า ๑ ปี

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา  
(.....)  
ตำแหน่ง.....