

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
งานการเจ้าหน้าที่
เลขรับที่ 1684
วันที่ 13 มิ.ย. 2565
เวลา.....

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๗/ ๐ มรศ



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
เลขรับที่..... ๒๕๖๕
วันที่..... ๑๓ มิ.ย. ๒๕๖๕
เวลา.....

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
สถาบันพระบรมราชชนก
ถนนเจริญดินทร์ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์
จังหวัดอุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ใบสมัครเข้าร่วมอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. คุณสมบัติผู้สมัคร จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จัดโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
ระหว่างวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ถึง ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ รับสมัคร
จำนวน ๕๐ คน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ วิทยาลัยจึงขอความ
อนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์บุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมโครงการดังกล่าว ทั้งนี้วิทยาลัยรับผิดชอบ
ค่าใช้จ่ายในการอบรมภาคทฤษฎี (ค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าอาหาร) ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕
และวันที่ ๒๓-๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ และการอบรมภาคปฏิบัติระหว่างวันที่ ๒-๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ ผู้รับการอบรม
เบิกจากต้นสังกัด

ในการนี้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จึงขอความอนุเคราะห์แจ้งรายชื่อไปยังกลุ่ม
งานวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

จึงเรียนมา เพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

- เพื่อโปรดทราบ
 เห็นควรพิจารณาสั่งการ
 เห็นควรพิจารณาอนุมัติ
 เห็นควรประชาสัมพันธ์
 เพื่อโปรดลงนามใน.....
 อื่นๆ.....

จินตวิธาน

(นางสาวจินตารัตน์ คงรุ่ง)

นักทรัพยากรบุคคล

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ (นางกนกวรรณ กลีบสุข)

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๘๓ ๐๗๘๕ โทรสาร ๐ ๕๕๘๓ ๐๗๘๗

โทรสาร ๐ ๕๕๘๓ ๐๗๘๗

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

(นางเพชรรัตน์ กิจสนาโยธิน)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕

ระหว่างวันที่ ๑๘ กรกฎาคม - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕

ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....
ตำแหน่ง..... เลขที่ใบอนุญาต.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
E-mailมือถือ.....
ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่..... ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์
๒. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
สถานที่ตั้ง.....
.....
๓. ประสบการณ์การเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปปี
ปีที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป.....
สถาบันการศึกษา

หมายเหตุ ถ้ามีผู้สมัครครบ จำนวน ๕๐ คน วิทยาลัยจะปิดรับสมัครทันที

กรุณาส่งแบบตอบรับมายังกลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

โทรสารหมายเลข : ๐๕๕-๘๓๐๗๘๗ โทรศัพท์ ๐๘๙-๕๖๓๔๐๔๙ (คุณนัฐภรณ์)

E-Mail : nuttaporn@unc.ac.th



การอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๕
ระหว่างวันที่ ๑๘ กรกฎาคม - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

คุณสมบัติผู้สมัคร

๑. ผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
๒. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ไม่หมดอายุ

ขั้นตอนการสมัคร

**กรุณาส่งใบสมัครภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

๑. สมัครด้วยตนเอง ที่กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ ชั้น ๒ อาคาร ๑๐๐ ปี การสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
๒. สมัครทางไปรษณีย์ (EMS) กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ (สมัครอบรม FNP ๕) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ๓๘/๔๐ ถ.เกษมภูบาลินทร์ ต.ท่าอิฐ อ.เมืองอุตรดิตถ์ จ.อุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐
๓. เอกสารประกอบการสมัคร
ใบสมัคร (Download ได้ที่ www.unc.ac.th)
๔. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จะพิจารณาผู้สมัครเข้ารับการอบรมจากข้อมูลข้างต้นและจะแจ้งผลการพิจารณาทางเว็บไซต์วิทยาลัย www.unc.ac.th ภายในวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๕

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ ชั้น ๒ อาคาร ๑๐๐ ปี การสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
โทรศัพท์ ๐ ๕๕๘๓ ๐๗๘๕ ต่อ ๑๑๔,๑๑๗