

ก. จี. เพรทรีท
๑๘๒
๐๙ ๖๓ ๖๗



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
เลขที่รับ.....
วันที่ 19 ม.ค. 2567
เวลา.....

ที่ สธ ๐๓๑๙.๑/ว๒

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
จังหวัดชลบุรี

๔๔๔ ม.๑๑ ต.ห้วยใหญ่ อ.บางละมุง จ.ชลบุรี ๒๐๑๕๐

๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ รุ่นที่ ๓
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัคร ๔ แผ่น
๒. รายละเอียดหลักสูตร ๔ แผ่น

ด้วยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ร่วมกับสถาบันสิรินธร
เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี กำหนดจัดโครงการ
อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ รุ่นที่ ๓ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗ เพื่อเป็นการ
พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการพยาบาล
ผู้สูงอายุ ระยะเวลาการอบรมหลักสูตร ๔ เดือน ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน ถึงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสังกัดของ
ท่าน จึงขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์ และพิจารณาส่งพยาบาลวิชาชีพในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรม
หลักสูตรดังกล่าว โดยมีค่าลงทะเบียน ๔๙,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นเก้าพันบาทถ้วน) สามารถรอใบสมัครผ่าน Google
form ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี : www.sgh.go.th Facebook
: โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี Tik Tok : [sgh.chonburi](https://www.tiktok.com/@sgh.chonburi) และ OR Code
ด้านล่าง สมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗ และจัดส่งทางไปรษณีย์ที่ ภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เลขที่ ๔๔๔ หมู่ ๑๑ ตำบลห้วยใหญ่
อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๕๐ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่นางสาววชิราภรณ์ ธิติเมธิศักดิ์
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ทางหมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๘๙๓๒ ๖๒๖๑ ในวันและเวลาราชการ ประกาศรายชื่อผู้มี
สิทธิสอบสัมภาษณ์ วันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๗ สอบสัมภาษณ์ทาง On Line วันที่ ๒๐ - ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๗
ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรมวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ เมื่อได้รับอนุมัติรายชื่อจากทางผู้จัดและได้รับ
อนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว สามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่มีเงื่อนไข โดยเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบ
ของทางราชการจากหน่วยงานต้นสังกัด รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วยและตาม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์การอบรมหลักสูตรดังกล่าวให้บุคลากรในสังกัดทราบ
ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน
พ.ศ.๒๕๖๗
- เพื่อให้ไปทบทวน
- แจ้งกรมอนามัยจังหวัดมหาสารคาม
พร้อมแจ้งไปยังฝ่ายเว็บไซต์
นางสาววชิราภรณ์ ธิติเมธิศักดิ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
๑๙ ม.ค. ๖๗

ขอแสดงความนับถือ

ดำเนินการตามเสนอ

(นายหัสชา เนือยทอง)

นายแพทย์เชิวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(นายรัฐดำรง ธิติเมธิศักดิ์) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร.๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๒ / โทรสาร ๐ ๓๘๓๔ ๓๕๗๑



QR CODE ใบสมัคร,รายละเอียดหลักสูตร

หมายเหตุ ๑. ค่าลงทะเบียน ๔๙,๐๐๐ บาท หากได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนวิชาการกรมการแพทย์
จะได้รับการยกเว้นค่าลงทะเบียน



ใบสมัครคัดเลือกเข้าศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
รุ่นที่ ๓ ปีการศึกษา ๒๕๖๗
ระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน ถึงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

รูปถ่าย
๑ นิ้ว

๑. ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณากรอกข้อมูลให้สมบูรณ์และครบถ้วน ด้วยตัวบรรจง)

- ชื่อ (ภาษาไทย) นาย/นาง/นางสาว/ยศ _____ นามสกุล _____
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ) Mr./Mrs./Ms./ยศ _____ นามสกุล _____
เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ ศาสนา _____ เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
อายุ _____ ปี _____ เดือน (นับถึงวันยื่นใบสมัคร) รหัสบัตรประจำตัวประชาชน _____
สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า / แยก ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ _____
หมู่ _____ หมู่บ้าน _____ ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์บ้าน _____ มือถือ _____
E-mail _____
เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ _____ เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล _____
สถานที่ทำงานปัจจุบัน _____ หน่วยงาน/แผนก/ตึก _____
โรงพยาบาล/สถาบัน _____
เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____
สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน
- ชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้สะดวกที่สุด _____
ที่อยู่ _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
ที่ทำงาน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
เกี่ยวข้องกับผู้สมัครในฐานะ _____

๒. ประวัติการศึกษา

๒.๑ การศึกษาวิชาชีพพยาบาล

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ	สาขา	เกรดเฉลี่ย	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จ

๒.๒ การศึกษา / อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง หรือด้านอื่นๆ

ระดับการศึกษา/คุณวุฒิ	สาขา	เกรดเฉลี่ย	สถานศึกษา	ปีที่สำเร็จ

๓. ประวัติการปฏิบัติงาน (ย้อนหลัง ๓ ปี)

ตำแหน่ง/ระดับ และระยะเวลา (ปี พ.ศ.)	ลักษณะงาน/หน้าที่รับผิดชอบ	หอผู้ป่วย/หน่วยงาน/ที่อยู่ /โทรศัพท์

๔. ลักษณะงาน / การปฏิบัติงานในความรับผิดชอบในปัจจุบัน

- รับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับนโยบายผู้สูงอายุ
- รับผิดชอบงานที่เกี่ยวกับงานบริการผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๕. เป้าหมาย / ความคาดหวังของการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๖. การวางแผน / การพัฒนางานภายหลังการเข้าศึกษาอบรมในครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๗. คำรับรองของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ _____ ขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ และเมื่อข้าพเจ้าได้เข้ารับการศึกษาอบรมจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของคณะกรรมการบริหารหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทุกประการ

ลงลายมือชื่อผู้สมัคร _____
(_____)
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

๘. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ หรือตำแหน่งเทียบเท่าขึ้นไป)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ยศ _____
ตำแหน่ง _____
ขอรับรองและยินดีให้ผู้สมัคร นาย/นาง/นางสาว/ยศ _____
ลาศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามหลักสูตรร่วมกันระหว่าง รพ.สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี ปีการศึกษา ๒๕๖๗

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา _____
(_____)
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

หนังสือรับรองและความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

สำหรับผู้สมัครเข้ารับการศึกษาระดับอุดมศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปีการศึกษา ๒๕๖๗

๑. ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/น.ส./ยศ) _____ นามสกุล _____
๒. สาขาที่จะศึกษาอบรม _____ วันที่ _____ ถึงวันที่ _____
๓. ชื่อ -นามสกุล ผู้รับรอง _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ สถานที่ทำงาน _____
โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ E-mail _____

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

๓.๑ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น / การสื่อสาร _____

๓.๒ ความสามารถในการแสดงความคิดเห็น/การตัดสินใจ/การแก้ปัญหา _____

๓.๓ ความสามารถในการเรียนรู้ / ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง _____

๓.๔ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล _____

๓.๕ ความสามารถพิเศษอื่นๆ _____

๔. ความจำเป็นที่ผู้สมัครต้องเข้าศึกษาอบรมครั้งนี้ _____

ลงนาม _____

(_____)

วันที่ _____

๑. ชื่อหลักสูตร

ชื่อภาษาไทย	หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ
ชื่อภาษาอังกฤษ	Training Program of Nursing Specialty in Gerontological Nursing

๒. ชื่อประกาศนียบัตร

ชื่อภาษาไทย	ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
ชื่อภาษาอังกฤษ	Certificate of Nursing Specialty in Gerontological Nursing

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข

๔. วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

๑. เพื่อเพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะของการพยาบาลทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๒. การบริหารจัดการเชิงคลินิก เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เชิงการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในทุกระยะของการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. โครงสร้างหลักสูตร

ระยะเวลาในการอบรม ๑๖ สัปดาห์

จำนวนหน่วยกิตรวมตลอดหลักสูตร		๑๖	หน่วยกิต
ภาคทฤษฎี	๑๐	หน่วยกิต	(๑๕๐ ชั่วโมง)
ภาคปฏิบัติ	๖	หน่วยกิต	(๓๖๐ ชั่วโมง)
วิชาภาคทฤษฎี	๑	หน่วยกิต	= ๑๕ ชั่วโมง
วิชาภาคปฏิบัติ	๑	หน่วยกิต	= ๖๐ ชั่วโมง

รายละเอียดวิชา

ประมวลรายวิชา

๑. พยผ๑๐๑ (BS ๑๐๑) วิชานโยบายและระบบสุขภาพ ๒(๒-๐-๔)หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

ระบบสุขภาพนโยบาย แผนกฎหมายยุทธศาสตร์ชาติ และนานาชาติด้านผู้สูงอายุ ระบบการพยาบาล กำลังคนด้านสุขภาพ การจัดการข้อมูลทางคลินิกและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การจัดการและการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เศรษฐศาสตร์สุขภาพและระบบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ

๒. พยผ๑๐๒ (GNS ๑๐๒) วิชาประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก

๒ (๑ - ๒ - ๓) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดหลักการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ การฝึกทักษะ การประยุกต์ใช้เครื่องมือ และ/หรือเทคโนโลยีที่จำเป็นและเหมาะสมในการคัดกรองและประเมินภาวะเสี่ยง กลุ่มอาการปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัย การนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อการตัดสินใจทางการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล

๓. พยผ๑๐๓ (GNS ๑๐๓) วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีภาวะเสี่ยง

๓ (๓-๐-๙) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีภาวะเสี่ยงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมพลังอำนาจ การจัดการกับภาวะเสี่ยง ปัจจัยกำหนดสุขภาพรวมถึงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

๔. พยผ๑๐๔ (GNS ๑๐๔) วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและที่อยู่ในระยะ

ท้ายของชีวิต

๓(๓-๐-๙)หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน เรื้อรัง และที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชน การจัดการปัญหาสุขภาพ และอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในระยะต่างๆของการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การชะลอความเสื่อมถอย การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลในระยะท้ายของชีวิต

๕. พยผ๑๐๕ (GNS ๑๐๕) วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีภาวะ

เสี่ยง

๓(๐-๑๒-๖) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและที่มีภาวะเสี่ยงโดยการบูรณาการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ สร้างเสริมพลังอำนาจ จัดการกับภาวะเสี่ยงและปัจจัยกำหนดสุขภาพรวมถึงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ทั้งในชุมชนและ/หรือในสถานบริการ

๖. พยพศ๑๐๖ (GNS ๑๐๖) วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและที่อยู่ใน
ระยะท้ายของชีวิต ๓(๐-๑๒-๖) หน่วยกิต

คำอธิบายรายวิชา

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน เรื้อรัง และที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต การจัดการปัญหาสุขภาพ และอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การชะลอความเสื่อมถอย การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลในระยะท้ายของชีวิต ทั้งในสถานบริการและในชุมชน

๖. คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

- ๖.๑ ต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า ๒ ปี ก่อนเข้ารับการฝึกอบรม
- ๖.๒ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ที่ยังไม่หมดอายุ
- ๖.๓ มีหนังสือรับรอง/ ความคิดเห็นจากผู้บังคับบัญชาระดับต้น (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล) และมีคำรับรองการอนุมัติให้ลาศึกษาอบรมจากผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน
- ๖.๔ อายุไม่เกิน ๔๕ ปี
- ๖.๕ ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์พิจารณาของคณะกรรมการดำเนินการคัดเลือก

๗. หลักฐานการสมัคร

- ๗.๑ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและแว่นตาดำ ชุดสุภาพ ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
- ๗.๒ สำเนาปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า
- ๗.๓ สำเนาการศึกษาต่อยอด (เฉพาะทาง/ป.โท/ป.เอก ถ้ามี)
- ๗.๔ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ
- ๗.๕ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ๗.๖ สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล
- ๗.๗ สำเนาหลักฐานการเปลี่ยน ชื่อ-สกุล (ถ้ามี) (ส่งหลักฐานพร้อมใบสมัคร)
- ๗.๘ หนังสืออนุมัติให้เข้ารับการอบรมจากผู้บังคับบัญชา
หมายเหตุ (ให้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ในเอกสารสำเนาทุกฉบับ)

๘. ค่าใช้จ่ายตลอดหลักสูตร

- ๘.๑ ค่าลงทะเบียน ๔๙,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นเก้าพันบาทถ้วน) หากได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนวิชาการกรมการแพทย์ จะยกเว้นค่าลงทะเบียน
- ๘.๒ ค่าที่พัก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้เข้ารับการอบรม และเบี้ยเลี้ยง เบิกจ่ายกับต้นสังกัด

๙. ระยะเวลาการจัดการเรียนการสอน

วันที่ ๑๘ เมษายน ถึงวันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗ (๔ เดือน)

๑๐. สถานที่เรียนภาคทฤษฎี โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

๑๑. การรับสมัคร (สมัครส่งทางไปรษณีย์)

- ๑๐.๑ เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป / ปิดรับสมัคร ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗
- ๑๐.๒ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบสัมภาษณ์ วันที่ ๑๘ มีนาคม ๒๕๖๗
- ๑๐.๓ สอบสัมภาษณ์ ๒๐ - ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๗