

ก: ๑๑๓
ข: ๑๖ ๒๐ ๒๗
ค:



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
เลขที่รับ..... ๓๒๒
วันที่..... 16 มี.ค. 2567
เวลา.....

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๔๒๐/๑ ถนนราชวิถี ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๕๕๒

ที่ อว ๗๘.๑๔๒/๒๓๕๔

วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้ารับการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการ/ ผู้บัญชาการ/ คณบดี/ นายกเทศมนตรี/ นายก อบจ./

นายก อบต./ หัวหน้าภาควิชา/ หัวหน้าฝ่าย/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นพับโครงการอบรมระยะสั้น และใบสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วยภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดจัดโครงการ
อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (๔ เดือน) รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๒๘
มิถุนายน - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ณ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โดยมีกำหนดการเรียนดังนี้

๑. ภาคทฤษฎี เรียนวันวันเสาร์-วันอาทิตย์ (Online)
ระหว่างวันที่ ๒๘ มิถุนายน - ๒๒ กันยายน ๒๕๖๗
๒. ภาคปฏิบัติ วันจันทร์-วันศุกร์ (หยุดวันเสาร์-วันอาทิตย์)
 - ๒.๑. ระหว่างวันที่ ๒๓ กันยายน - ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๗ ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ
ในสถานบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
 - ๒.๒. ระหว่างวันที่ ๒๕ ตุลาคม - ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในสถาน
บริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานต้นสังกัด
 - ๒.๓. การศึกษาดูงาน สัมมนา และรับประกาศนียบัตร วันที่ ๒๖ - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ในการนี้ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จึงขอเรียนเชิญ
บุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้ารับการอบรม ส่งใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินไปยัง รองศาสตราจารย์ ดร.
ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ ภายในวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๗ โดยผู้เข้าอบรมที่เป็นข้าราชการและพนักงานของรัฐ สามารถเบิก
ค่าลงทะเบียน และค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบของหน่วยงาน ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา
แล้ว และขอความอนุเคราะห์จากท่านเผยแพร่ข่าวสารเอกสารอบรมต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเพื่อสมัครเข้าอบรมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม และให้ความอนุเคราะห์เผยแพร่ข่าวสารอบรมด้วย
จะขอบคุณยิ่ง

เรียน
ผ.ศ.ดร. อ.ดร.
- ผ.ศ.ดร. ประจักษ์
- ผ.ศ.ดร. อ.ดร. ประจักษ์
- ผ.ศ.ดร. อ.ดร. ประจักษ์
ดร.วิชาญ อธิประไพ
ผ.ศ.ดร. อ.ดร.

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ)
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข

ทราบ
ดำเนินการตามแผน

(นายหัสชา เนือยทอง)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



แบบฟอร์มสมัครสอบเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

รุ่นที่ ๔ วันที่ ๒๘ มิถุนายน - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗



กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงและครบถ้วน

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ-นามสกุล ภาษาไทย (นาย/นาง/นางสาว)

ภาษาอังกฤษ.....เลขที่บัตรประชาชน

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (๑๐ หลัก)เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล

สำเร็จพยาบาลวิชาชีพจากหลักสูตร

จากสถาบัน.....ปีที่จบ พ.ศ.

สถานที่ทำงาน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....โทรสาร.....

มือถือ E-mail:

หลักฐานที่ส่งมาด้วย

- ๑. สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ/ ใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ๒. สำเนาปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
- ๓. สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (Transcript)
- ๔. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลฯ
- ๕. ใบรับรองประสบการณ์ทำงาน (ไม่น้อยกว่า ๑ ปี)
- ๖. รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป
- ๗. สำเนาการโอนเงินค่าสมัครสอบ จำนวน ๕๐๐ บาท (ไม่รวมค่าโอน)

โปรดส่งใบสมัครภายในวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๗



<p>ส่วนที่ ๑ สำหรับกรรมการตรวจหลักฐาน</p> <p>เลขที่สอบ.....</p> <p>ชื่อ-สกุล.....</p> <p>สถานที่ทำงาน.....</p>	<p>ติดรูป ๑ นิ้ว</p>	<p>ส่วนที่ ๒ บัตรประจำตัวสำหรับผู้สมัครสอบ</p> <p>เลขที่สอบ.....</p> <p>ชื่อ-สกุล.....</p> <p>สถานที่ทำงาน.....</p>	<p>ติดรูป ๑ นิ้ว</p>
<p>(ลายเซ็นผู้สมัครสอบ)</p>		<p>(ลายเซ็นผู้สมัครสอบ)</p> <p>(บัตรประจำตัวสอบให้ตัดส่วนนี้เก็บไว้ และนำมาเป็นหลักฐานในวันสอบ)</p>	