



๑. ชื่อโครงการ โครงการอบรมเฉพาะทาง หลักสูตรการพยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
รุ่นที่ ๒๐

๒. กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพสังกัดกรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ
ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๒๐ คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

๒.๑. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สาขาการพยาบาลชั้นหนึ่ง
หรือ สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

๒.๒. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิต หรือรับผิดชอบงาน
สุขภาพจิตและ จิตเวชไม่น้อยกว่า ๑ ปี ก่อนเข้ารับการอบรม

๒.๓. เป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาให้ลาศึกษาเต็มเวลาได้ตลอดหลักสูตร

๓. ระยะเวลาการอบรม

วันที่ ๔ มีนาคม ถึง วันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒

๔. สถานที่อบรม

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

๕. ระยะเวลาการรับสมัคร

วันที่ ๑๖ มกราคม ถึง ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๖. หน่วยคะแนนสภาการพยาบาล

๕๐ หน่วยคะแนน

๗. ค่าลงทะเบียน

๗.๑ ได้รับเงินสนับสนุน จากกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

๗.๒ ค่าใช้จ่ายที่เบิกไม่ได้ ที่ผู้อบรมต้องเสียเพิ่ม จำนวน ๒,๕๐๐ บาท

๗.๓ ค่าใช้จ่ายอื่นเบิกตามสิทธิราชการจากต้นสังกัด

๘. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่ กลุ่มงานฝึกอบรมและวิเทศสัมพันธ์ โรงพยาบาลสวนปรุง

โทร.๐ ๕๓๙๐ ๘๕๐๐ ต่อ ๖๐๔๙๘ ในวันและเวลาราชการ

.....



ติดรูปขนาด
๑ นิ้ว

แบบฟอร์มการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่น ๒๐
ระหว่างวันที่ ๔ มีนาคม ถึง ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๒
ณ โรงพยาบาลสวนปรุง

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....สกุล.....
(ชื่อภาษาอังกฤษ).....
๒. วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
๓. บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
๔. สถานที่ทำงาน.....
เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรสาร.....
๕. ตำแหน่ง.....อายุราชการ.....ปี
๖. เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....เลขที่ใบอนุญาต.....
๗. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาล/เทียบเท่า.....
คุณวุฒิ.....สาขา.....
สถานที่ศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๘. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....ได้อนุญาตให้ (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช รุ่น ได้

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาระดับ หัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงาน ขึ้นไป
ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในส่วนที่เบิกไม่ได้ จำนวน ๒,๕๐๐ บาท
(สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)