

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๗/ว ๓๖๖



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์  
สถาบันพระบรมราชชนก  
ถนนเกษมภูบาลินทร์ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์  
จังหวัดอุตรดิตถ์ ๕๓๐๐๐

๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๔ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จัดโครงการฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๔ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข  
ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ถึง ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ รับสมัคร  
จำนวน ๕๐ คน ผู้สมัครเข้าร่วมอบรม เบิกค่าพาหนะทั้งหมดจากต้นสังกัด สำหรับค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าที่พัก ระหว่าง  
ฝึกภาคปฏิบัติ เบิกจากต้นสังกัด และค่าลงทะเบียน ค่าที่พักและค่าอาหาร ระหว่างการอบรมที่วิทยาลัย ได้รับงบ  
สนับสนุนจากสำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ จึงขอความอนุเคราะห์ท่านประชาสัมพันธ์บุคลากร  
ในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมโครงการดังกล่าว และโปรดแจ้งรายชื่อไปยังกลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๓

จึงเรียนมา เพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ผู้เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ

โทร. ๐ ๕๕๘๓ ๐๗๘๕ ต่อ ๑๑๔,๑๑๗

โทรสาร ๐ ๕๕๘๓ ๐๗๘๗

## แบบตอบรับ

การเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว รุ่นที่ ๔  
ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๔  
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

[ ] ยินดีเข้าร่วมอบรมฯ

หน่วยงาน.....

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....  
ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
E-mail .....มือถือ.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ .....

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....  
ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
E-mail .....มือถือ.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ .....

๓. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....  
ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
E-mail .....มือถือ.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ .....

๔. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....  
ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
E-mail .....มือถือ.....ที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ .....

กรุณาส่งแบบตอบรับมายังกลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์

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

E-Mail : nuttaporn@unc.ac.th

หมายเหตุ ถ้ามีผู้สมัครครบ จำนวน ๕๐ คน วิทยาลัยจะปิดรับสมัครทันที

หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา  
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สกุล.....  
หน่วยงาน.....  
ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว .....  
[ ] มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป  
(การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน .....ปี  
ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ. ....ถึงวันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....  
เป็นระยะเวลา .....ปี .....เดือน .และยินดีอนุมัติให้ นาย/นาง/นางสาว.....  
เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว อบรมระหว่างวันที่ .....  
เดือน.....พ.ศ. .... ถึง วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร กรณี รพ.ชุมชน/รพ.ทั่วไป /วิทยาลัยพยาบาล  
คือ ผู้อำนวยการ /กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน/ รพ.สต. คือ สาธารณสุขอำเภอ