

ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๔/๖๕๖๑



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
๕๖/๖ หมู่ที่ ๒ ต.มะขามเตี้ย อ.เมือง
จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐

๒๒ กันยายน ๒๕๖๙

เรื่อง ขอเชิญชวนบุคลากรในหน่วยงานของท่านสมัครเข้ารับการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอ/หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน/
หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/นายกเทศมนตรีเทศบาล/
นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดทุกจังหวัด/นายอำเภอ/ศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการฝึกอบรม	จำนวน ๒ ฉบับ
๒. รายละเอียดการดำเนินการสมัครอบรม	จำนวน ๒ ฉบับ
๓. ใบสมัครอบรม	จำนวน ๒ ชุด

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กำหนดจัดอบรม จำนวน ๒ หลักสูตร ดังนี้

๑. หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๓๓ ระหว่างวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ - ๒๖ มีนาคม ๒๕๗๐ ณ ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ค่าลงทะเบียน ๔๐,๐๐๐ บาท หมดเขตรับสมัคร วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๙
๒. หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการจัดการโรคเรื้อรัง รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม - ๒๕ มิถุนายน ๒๕๗๐ ณ ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ค่าลงทะเบียน ๔๕,๐๐๐ บาท หมดเขตรับสมัคร วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๗๐

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จึงขอเชิญชวนบุคลากรในสังกัดของท่านสมัครเข้ารับการอบรมในแต่ละหลักสูตร ทั้งนี้ผู้เข้าอบรมสามารถเข้าร่วมการอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และค่าใช้จ่ายอื่นๆ จากต้นสังกัดได้ ตามระเบียบกระทรวงการคลังสามารถ Download เอกสารรายละเอียดเพิ่มเติม จาก www.bcnsurat.ac.th หัวข้อ ข่าวอบรม/สัมมนา และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานบริการวิชาการ โทร ๐๗๗-๒๘๗๘๑๖ ต่อ ๒๑๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดทราบโดยทั่วถึงกัน จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฐิตาพร วรภัณฑวิศิษฐ์)

รองผู้อำนวยการด้านการบริหารและยุทธศาสตร์ รักษาการแทน
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

งานวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ

โทร ๐ ๗๗๒๘ ๗๘๑๖ ต่อ ๒๑๙

โทรสาร ๐ ๗๗๒๗ ๒๕๗๑

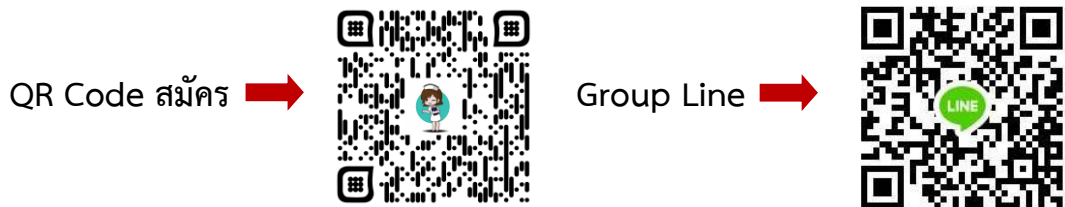
รายละเอียดการดำเนินการสมัครอบรม

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 33
วันที่ 16 พฤศจิกายน 2569 - 26 มีนาคม 2570

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

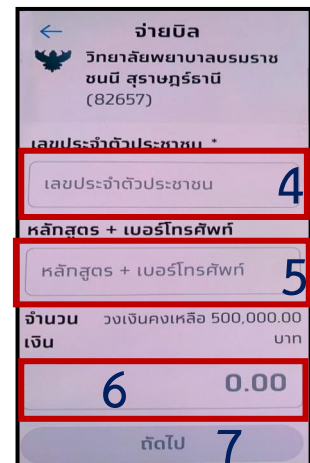
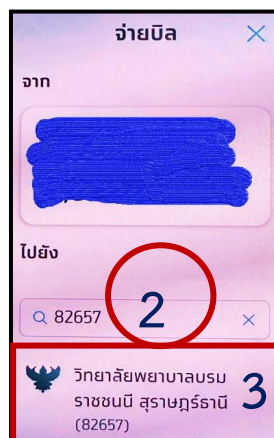
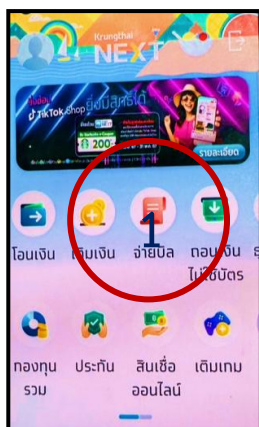
- * ขั้นตอนที่ 1 ชำระเงินค่าลงทะเบียน จำนวน 40,000 บาท ผ่านทางเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย หรือ Mobile Application (Krungthai NEXT) ด้วยรหัส Company Code 82657 (โปรดดูวิธีการชำระเงินด้านล่าง)
- * ขั้นตอนที่ 2 สมัครประชุมผ่านทาง Link หรือ สแกน QR Code และพร้อมแนบเอกสาร ผ่าน Link ดังนี้
 - ➡ แนบหลักฐานการสมัคร เป็นไฟล์pdf 1 ชุด ประกอบด้วย
 - 1) ใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน 2) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 3) สำเนาบัตรประชาชน
 - ➡ แนบบรูปหรือเอกสารหลักฐานการชำระเงินค่าลงทะเบียน
- ****ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใดๆ****
- * ขั้นตอนที่ 3 สแกน QR Code เข้า Line Group เพื่อรับการแจ้งข่าวสาร
- * หมดเขตรับสมัคร วันที่ 30 ตุลาคม 2569 ประกาศรายชื่อผู้เข้าอบรม วันที่ 3 พฤศจิกายน 2569

Link สมัคร ➡ <https://forms.gle/NS8uVBqgxRj98Wum8>



วิธีการชำระเงินค่าลงทะเบียน

- ช่องทางที่ 1 ชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย แจ้งรหัสหน่วยงาน Company Code 82657
- ช่องทางที่ 2 ชำระเงินผ่าน Mobile Application (Krungthai NEXT)



1. เลือกเมนู “จ่ายบิล” เพื่อเข้าสู่ระบบ
2. พิมพ์รหัสหน่วยงาน(Company Code) **82657** และกดเลือกหน่วยงาน
3. กดเลือกหน่วยงาน **“วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี”**
4. พิมพ์เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก
5. พิมพ์ชื่อหลักสูตรและเบอร์โทรศัพท์ผู้อบรม ตัวอย่าง **NP0999999999**
6. พิมพ์จำนวนเงินที่ต้องชำระ **40000**
7. กดถัดไป และกดยืนยันข้อมูล
8. พิมพ์ชื่อ-สกุลผู้สมัครในช่องบันทึกช่วยจำ

กำหนดการฝึกอบรม

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

(การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 33

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน 2569 - 26 มีนาคม 2570

ภาคทฤษฎี

- สัปดาห์ที่ 1 จันทร์ - ศุกร์ (16 - 20 พฤศจิกายน 2569)
- สัปดาห์ที่ 2 พุธ - ศุกร์ (26 - 29 พฤศจิกายน 2569)
- สัปดาห์ที่ 3 พุธ - ศุกร์ (3 - 6 ธันวาคม 2569)
- สัปดาห์ที่ 4 พุธ - ศุกร์ (10 - 13 ธันวาคม 2569)
- สัปดาห์ที่ 5 พุธ - ศุกร์ (17 - 20 ธันวาคม 2569)
- สัปดาห์ที่ 6 พุธ - ศุกร์ (24 - 27 ธันวาคม 2569)
- สัปดาห์ที่ 7 พุธ - ศุกร์ (7 - 10 มกราคม 2570)
- สัปดาห์ที่ 8 พุธ - ศุกร์ (14 - 17 มกราคม 2570)
- สัปดาห์ที่ 9 พุธ - ศุกร์ (21 - 24 มกราคม 2570)

ภาคปฏิบัติ

- สัปดาห์ที่ 10 จันทร์ - เสาร์ (25 - 30 มกราคม 2570) 6 วัน
- สัปดาห์ที่ 11 จันทร์ - เสาร์ (1 - 6 กุมภาพันธ์ 2570) 6 วัน
- สัปดาห์ที่ 12 จันทร์ - เสาร์ (8 - 13 กุมภาพันธ์ 2570) 6 วัน
- สัปดาห์ที่ 13 จันทร์ - เสาร์ (15 - 20 กุมภาพันธ์ 2570) 6 วัน
- สัปดาห์ที่ 14 จันทร์ - เสาร์ (22 - 27 กุมภาพันธ์ 2570) 6 วัน
- สัปดาห์ที่ 15 จันทร์ - ศุกร์ (1 - 5 มีนาคม 2570) 5 วัน
- สัปดาห์ที่ 16 จันทร์ - ศุกร์ (8 - 12 มีนาคม 2570) 5 วัน
- สัปดาห์ที่ 17 จันทร์ - ศุกร์ (15 - 19 มีนาคม 2570) 5 วัน

สัปดาห์สัมมนา ปัจฉิมนิเทศ และสำเร็จการฝึกอบรม

- สัปดาห์ที่ 18 จันทร์ - ศุกร์ (22 - 26 มีนาคม 2570)



ใบสมัครเข้าศึกษาอบรม

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป(การรักษาโรคเบื้องต้น)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

รุ่นที่ 33

1. ข้าพเจ้า (นาย/นางสาว/นาง)

ชื่อ - สกุล ภาษาไทย

ชื่อ - สกุล ภาษาอังกฤษ.....

ชื่อ - สกุล เดิม

2. วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี จังหวัดที่เกิด.....

สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....

3. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ..... วันที่หมดอายุ

เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....

เลขที่บัตรประชาชน

4. สถานที่ทำงานปัจจุบัน

ชื่อหน่วยงาน กลุ่มงาน/แผนก.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน

.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน โทรสาร

5. ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่ติดต่อได้สะดวก)

.....

หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อได้สะดวก) E-mail

6. ประวัติการศึกษา (ระดับอุดมศึกษา)

พ.ศ.

วุฒิการศึกษา/ปริญญา

สถาบัน

.....

.....

.....

.....

.....

7.ประวัติการทำงาน

พ.ศ.

ตำแหน่ง/ลักษณะงาน

แผนก

หน่วยงาน

.....

.....

.....

.....

.....

8. หลักฐานและเอกสารประกอบการสมัคร

- 1) ใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วน
- 2) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 จำนวน 1 ฉบับ
- 3) สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวข้าราชการ/พนักงานของรัฐ จำนวน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลและหลักฐานที่กรอกในใบสมัครรวมทั้งเอกสารต่างๆ ที่นำมาประกอบการสมัครข้างต้นถูกต้องและเป็นจริง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้อคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาในการรับรองการปฏิบัติงาน

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานเป็นผู้ลงนามรับรองการปฏิบัติงาน

เช่น ผู้อำนวยการ/ หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน