

ที่ สธ ๐๘๓๓/ว ๒๖๐



โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
๓๐๐๐๐

๒ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๖

เรียน

ด้วยโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ร่วมกับสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จะจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๖ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๑๕ คน ระยะเวลาการอบรม ๔ เดือน ระหว่างวันที่
๒๙ เมษายน ๒๕๖๗-๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จึงขอเชิญส่งพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานสังกัด
ของท่านเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยรับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป สามารถดาวน์โหลดรายละเอียด
หลักสูตรและสมัครเข้ารับการอบรมตาม QR Code ข้างท้าย ทั้งนี้ ค่าลงทะเบียน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าที่พัก สามารถเบิกจากงบประมาณต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายมงคล ศิริเทพทวี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

กลุ่มภารกิจพยาบาล

โทร. ๐ ๔๔๒๓ ๓๙๙๙ ต่อ ๖๕๙๒๖, ๖๕๓๐๕

โทรสาร ๐ ๔๔๒๓ ๓๙๗๗



สมัครเข้ารับการอบรมฯ

<https://shorturl.asia/CaBkf>



กำหนดการและรายละเอียดฯ

<https://shorturl.asia/j8MR9>

กำหนดการการเรียนรู้การสอน

อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๖

ระหว่างวันที่ ๒๙ เมษายน ๒๕๖๗ – ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗

สัปดาห์ ที่	ว/ด/ป	เวลา	กิจกรรม
๑-๕	๒๙ เมษายน ๒๕๖๗	๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น.	- พิธีเปิดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๖
	๒๙ เมษายน ๒๕๖๗ – ๗ มิถุนายน ๒๕๖๗	๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.	- อบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ภาคทฤษฎี ณ ศูนย์วิชาการและฝึกอบรม โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์
๖-๙	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๗ – ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗	๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.	- ฝึกภาคปฏิบัติ ณ หอผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ศูนย์รักษาด้วยไฟฟ้าโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนินทร์
๑๐-๑๓	๑-๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗	๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.	- ฝึกภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำทะเมนชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบัวชุม จังหวัดนครราชสีมา
	๒๓-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๗	๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.	- สัมมนาเชิงปฏิบัติการประเมินผลติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
	๓๐-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗	๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.	- สัมมนาเชิงปฏิบัติการความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วย สุขภาพจิตในชุมชน ณ โรงพยาบาลในเขตบริการ สุขภาพที่ ๙ และชมรมดูแลผู้ป่วยจิตเวช
๑๔-๑๗	๑-๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗	๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.	- นักศึกษาฝึกปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลหน่วยงานต้นสังกัด ของนักศึกษา หรือ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนินทร์
๑๘	๒๖-๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๗	๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.	- นำเสนอการฝึกปฏิบัติงาน และประเมินผลการเรียน การสอน
	๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗	๐๘.๐๐-๑๗.๐๐ น.	- พิธีปิดการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน รุ่นที่ ๖

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

รูปถ่าย 1 นิ้ว

“การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน” รุ่นที่ 6

ระหว่างวันที่ 29 เมษายน 2567-วันที่ 30 สิงหาคม 2567

ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี

(กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)***

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)
- ศาสนา.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....
E-mail:.....ID Line :.....
2. ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....
3. สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
4. ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
5. ที่อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
6. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....
วันหมดอายุ
7. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
คุณวุฒิ.....สาขา.....
สถานศึกษา.....ปีที่จบการศึกษา.....
8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ได้อนุญาตให้.....ตำแหน่ง.....
เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้นระดับหัวหน้าฝ่าย/ กลุ่มงานขึ้นไป

2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 1 ชุด **พร้อมหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน**

3. ชำระค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ : ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนช้างเผือก ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี เลขที่ 337-0-43274-9 **กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้ว ขอสงวนสิทธิ์การคืนเงิน กรุณาส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัครที่** หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชธานี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทรสาร 0 4423 3977 E-mail: Jvknurse@gmail.com

หมายเหตุ



ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและเอกสารที่เกี่ยวข้องอื่นๆ
ได้ที่ เว็บไซต์โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
<https://www.jvkorat.go.th>
หรือเว็บไซต์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี
สุรนารี <http://nursing.sut.ac.th>

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่



- 1) นางสาวนิศารณ แก้วพิลา งานวิชาการ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โทร 0-4423-3999 ต่อ 65926 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1725 8011
- 2) นางรัชนิวีวรรณ รักสัตย์ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โทรศัพท์ 0 4423 3999 ต่อ 65305



ใบสมัครเข้าร่วมอบรม
"การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน" รุ่นที่ 6
ระหว่างวันที่ 29 เมษายน 2567-วันที่ 30 สิงหาคม 2567
ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

รูปถ่าย 1 นิ้ว

(กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์)***

1. ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว) อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด
- ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)
- ศาสนา..... หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน..... โทรศัพท์.....
- E-mail:..... ID Line :
2. ตำแหน่งปัจจุบัน.....ระดับ.....อายุราชการ.....ปี.....เดือน.....
3. สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
4. ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
5. ที่อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
6. เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....หมายเลขสมาชิกสภาการพยาบาล.....วันหมดอายุ.....
7. วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด
คุณวุฒิ.....สาขา.....
สถานศึกษา.....ปีจบการศึกษา.....
8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ได้อนุญาตให้.....ตำแหน่ง.....
เข้าร่วมอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. ผู้รับรองเป็นผู้บังคับบัญชาชั้นระดับหัวหน้าฝ่าย/ กลุ่มงานขึ้นไป

2. หลักฐานประกอบการสมัคร ได้แก่ รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 1 ชุด **พร้อมหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน**
 3. ชำระค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ : ธนาคารกรุงไทย สาขาถนนช้างเผือก ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เลขที่ 337-0-43274-9 **กรณีชำระค่าลงทะเบียนแล้ว ขอสงวนสิทธิ์การคืนเงิน**
- กรุณาส่งใบสมัครและหลักฐานประกอบการสมัครที่ หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000 โทรสาร 0 4423 3977 E-mail: jvknurse@gmail.com



สมัครเข้ารับการอบรมฯ
<https://shorturl.asia/CaBkF>



กำหนดการและรายละเอียดฯ
<https://shorturl.asia/j8MR9>



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH



ขอเชิญเข้าร่วมอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน รุ่นที่ 6

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์
ร่วมกับ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ระหว่างวันที่ 29 เมษายน 2567 — 30 สิงหาคม 2567

อยู่ระหว่างขอรับรองต่ออายุหลักสูตรฯ
จากสภาการพยาบาล (50 หน่วย)

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชชุมชน รุ่นที่ 6

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน
- 2) สามารถประเมินสภาวะสุขภาพ คัดกรอง ให้ข้อวินิจฉัย และวางแผนทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แก่ผู้รับบริการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนได้
- 3) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชนทั่วไป และป้องกันการเจ็บป่วยในกลุ่มเสี่ยง โดยให้บริการปรึกษาและจัดการกับความเครียด
- 4) บูรณาการความรู้ ผลการวิจัย ข้อมูลเชิงประจักษ์ เทคโนโลยี และหลักในการจัดการสารสนเทศทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

โครงสร้างของหลักสูตร

หน่วยกิตตลอดหลักสูตร 18 หน่วยกิต
ภาคทฤษฎี 11 หน่วยกิต
ภาคปฏิบัติ 7 หน่วยกิต

ระยะเวลาการฝึกอบรม

เรียนเต็มเวลา ระยะเวลา 18 สัปดาห์

- 1) 2 สัปดาห์แรก ศึกษาด้วยตนเองเพื่อปรับพื้นฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผ่านระบบออนไลน์ ณ หน่วยงานตนเอง
- 2) ระหว่างวันที่ 29 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 30 สิงหาคม 2567 (18 สัปดาห์) ณ สถานที่จัดอบรม และ/หรือ ออนไลน์

คุณสมบัติผู้สมัคร

- 1) พยาบาลวิชาชีพ สำเร็จการศึกษาปริญญาตรี ทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาล หรือเทียบเท่าปริญญาตรี ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้น 1
- 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 ปี ก่อนเข้ารับการอบรม หรือมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่า 1 ปี หรือรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3) มีอายุ ไม่เกิน 55 ปี นับจนถึงวันอบรม
- 4) มีหนังสืออนุญาตให้เข้ารับการอบรมจากผู้บังคับบัญชา และสามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มเวลา ตามกำหนด

การจัดการเรียนการสอน

- 1) ภาคทฤษฎี 6 สัปดาห์ ณ อาคารฝึกอบรมและวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์ และ/หรือ ออนไลน์
- 2) ภาคปฏิบัติ 4 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์
- 3) ฝึกภาคปฏิบัติในชุมชน (โรงพยาบาลปักธงชัย และโรงพยาบาลโชคชัย) 4 สัปดาห์
- 4) ฝึกปฏิบัติงานที่หน่วยงานต้นสังกัด 4 สัปดาห์

หลักฐานประกอบการรับสมัคร

- 1) รูปถ่ายชุดพยาบาลหรือชุดข้าราชการ ขนาด 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป
- 2) สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล สำเนาบัตรสมาชิกพยาบาล และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน อย่างละ 1 ชุด
- 3) หลักฐานการชำระเงิน

อัตราค่าลงทะเบียนตลอดหลักสูตร

- 1) ค่าลงทะเบียนเบิกจ่ายจากต้นสังกัด
 - 1.1 กลุ่มสังกัดกรมสุขภาพจิต **ฟรีค่าลงทะเบียน**
 - 1.2 กลุ่มหน่วยบริการ สังกัด ส.ป. ในเขตบริการที่รับผิดชอบกลุ่มหน่วยบริการ สังกัด ส.ป. นอกเขตบริการที่รับผิดชอบ **ค่าลงทะเบียน 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน)**
 - 1.3 สถาบันการศึกษาทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/ หน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข/ หน่วยงานหรือองค์กรเอกชน **ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน)**
- 2) ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง เบิกจากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง

ระยะเวลาการรับสมัครและการชำระเงิน

รับสมัครตั้งแต่บัดนี้ จนถึง วันที่ 22 เมษายน 2567

ชำระค่าลงทะเบียนเข้าบัญชี :
ธนาคารกรุงไทย สาขานนช่างเผือก
ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์
เลขที่ 337-0-43274-9

ส่งหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียน พร้อมใบสมัคร

สามารถส่งด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ แฟกซ์ หรือ E-Mail
ส่งไปที่ กลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช
นครราชสีมาราชชนินทร์
Fax : 0 4423 3977
E-mail : jvknurse@gmail.com