

NCB



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
เลขที่รับ..... ๑๓๖๓
วันที่..... ๒๒ พ.ย. ๒๕๖๔
เวลา..... ๑๕.๕๓น.

ที่ สธ ๐๓๑๒/ว ๑๕๖

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู

ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี

จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและ
สารเสพติด ปี พ.ศ.๒๕๖๕ รุ่นที่ ๑๗

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสถาบันฯ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน/
ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางฯ จำนวน ๑ ชุด
- ๒. ใบสมัครและเอกสารประกอบการรับสมัคร จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ ร่วมกับ
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทาลัยธรรมศาสตร์ จะจัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา
การพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ รุ่นที่ ๑๗ ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ
และสารเสพติดแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพ/
นักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติดในหน่วยงานท่านสมัครเข้ารับการอบรม
ส่งภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕ โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน ในส่วนค่าใช้จ่ายอื่นสามารถเบิกจากต้นสังกัดได้
ตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยไม่ถือเป็นวันลา สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางวิมล ลักขณาภิชนัชช
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๑๔๐๗ ๖๙๒๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ และพิจารณาส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในหลักสูตร
ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๑ ๐๐๘๐-๗ ต่อ ๔๓๒, ๕๑๔

โทรสาร ๐ ๒๙๙๘ ๕๑๗๘

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด
Program of Nursing Specialty in Drug and Substance Abuse Users
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

หลักการและเหตุผล

ผู้ติดยา และสารเสพติด เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่ สลับซับซ้อนส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม รวมทั้งประเทศชาติ การแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นภารกิจเร่งด่วนและถือว่าเป็น วาระแห่งชาติ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ติดยา และสารเสพติดของพยาบาลวิชาชีพ ให้สามารถทำงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของชาติได้ ดังนั้นกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จึงได้ร่วมกันจัดทำ หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ติดยา และ สารเสพติดขึ้น เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและเกิดทักษะ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดยา และ สารเสพติด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดยา และสารเสพติด โดยสามารถปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริม ป้องกันการติดยาและสารเสพติดในเด็ก เยาวชนและบุคคลทั่วไป รวมถึงบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา และสารเสพติด สามารถพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพของการพยาบาลให้มีความ คุ่มค่าคุ้มทุน และที่สำคัญจะเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงานให้สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติด ในส่วนที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

องค์ประกอบของหลักสูตร

จำนวนหน่วยกิตตลอดหลักสูตร ๑๗ หน่วยกิต

ภาคทฤษฎี ๑๒ หน่วยกิต

- นโยบายสุขภาพและการพยาบาล	๒	หน่วยกิต
- การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงในผู้ติดยาและสารเสพติด	๒	หน่วยกิต
- เกสซ์บำบัดเกี่ยวกับยาเสพติด	๑	หน่วยกิต
- การพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด	๓	หน่วยกิต
- การพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด	๔	หน่วยกิต

ภาคปฏิบัติ ๕ หน่วยกิต

- ปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด	๒	หน่วยกิต
- ปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด	๓	หน่วยกิต

จำนวนชั่วโมงในการอบรม

- ภาคทฤษฎี	๑๙๑.๕ ชั่วโมง
- ภาคปฏิบัติ	๓๐๐ ชั่วโมง

ระยะเวลาการอบรม ระหว่างวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

๑. สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาลเทียบเท่าปริญญาตรี
๒. มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอย่างน้อย ๑ ปี
๓. มีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่งได้ตามกฎหมาย
๔. สามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มเวลาและครบถ้วนตลอดระยะเวลาการอบรม

การประเมินผลตลอดหลักสูตร

ภาคทฤษฎี จากการสอบข้อเขียน การสัมภาษณ์และรายงาน ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมจะมีสิทธิ์สอบเมื่อมีเวลาศึกษา ภาคทฤษฎีในห้องเรียน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ของแต่ละวิชา

ภาคปฏิบัติ จากการประเมินผลตามแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล การประชุมปรึกษา การทำรายงาน และการประเมินตนเอง ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับการประเมินผลเมื่อเข้ารับการฝึกภาคปฏิบัติไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ของเวลาที่ กำหนดในรายวิชา และผ่านการศึกษาคูณตามสถานที่ที่กำหนด

สถานที่แหล่งฝึกปฏิบัติ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน และ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ค่าใช้จ่ายในการอบรม

๑. ไม่เสียค่าลงทะเบียน
๒. ค่าสมัคร ๓๐๐ บาท โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขารังสิต ชื่อบัญชี เงินบำรุงสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี บัญชีเลขที่ ๑๒๐-๑-๗๙๖๓๔-๒
๓. ค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยงในระหว่างการอบรม (เบิกจ่ายจากต้นสังกัด)

เงื่อนไขการรับสมัคร ดำเนินการรับสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕

** สามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ <http://pmnidat.go.th>

ส่งแบบฟอร์มใบสมัครพร้อมเอกสาร โทรสารหมายเลข ๐ ๒๙๙๘ ๙๑๗๘ และทางไปรษณีย์มาที่ สถาบันบำบัดรักษา
และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลขที่ ๖๐ ถนนพหลโยธิน ตำบลประชาธิปไตย อําเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี
๑๒๑๓๐ (วงเล็บมุมของ สมัครหลักสูตรเฉพาะทาง ๔ เดือน)

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ผู้ประสานงาน นางวิมล ลักษณะนาภิชนัชช โทร. ๐ ๒๕๓๓ ๐๐๘๐-๗ ต่อ ๕๑๔, ๔๓๒
โทรสาร ๐ ๒๙๙๘ ๙๑๗๘ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๑๔๐๗ ๖๙๒๐

ส่งใบสมัครพร้อมเอกสารประกอบการสมัคร ตามที่อยู่ดังนี้

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
ภารกิจด้านการพยาบาล ตึกอำนวยการ ชั้น ๔
เลขที่ ๖๐ ถ.พหลโยธิน
ต.ประชาธิปไตย อ.รัญบุรี
จ.ปทุมธานี ๑๒๑๓๐

เลขที่ใบสมัคร.....

วันที่สมัคร.....

ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และสารเสพติด

รุ่นที่ ๑๗ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑ นิ้ว

๑. ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง) นาย/นาง/นางสาว.....
(ภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ใหญ่) Mr./Mrs./Miss.....
๒. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี จังหวัด.....
๓. ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์ (บ้าน).....โทรศัพท์ (มือถือ).....e-mail.....
๔. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่
๕. วุฒิการศึกษาที่ได้รับ.....ปีการศึกษาที่สำเร็จ.....
๖. ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....สถานที่ทำงาน.....
แผนก/หน่วย.....สังกัด(กอง/กรม/กระทรวง).....
โทรศัพท์.....ระยะเวลาการทำงาน (พ.ศ.-พ.ศ.).....
สถานที่ตั้งของหน่วยงาน เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....
๗. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติ (ทำเครื่องหมาย ✓ ใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง)
- สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือประกาศนียบัตรทางการพยาบาลเทียบเท่าปริญญาตรี
- มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลอย่างน้อย ๒ ปี
- มีใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลชั้นหนึ่งได้ตามกฎหมาย
- สามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มเวลา และครบถ้วนตลอดระยะเวลาการอบรม
๘. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารดังต่อไปนี้มาด้วยแล้ว (ทำเครื่องหมาย ✓ ใน หน้ารายการเอกสารที่แนบ)
- สำเนาใบปริญญาบัตร หรือประกาศนียบัตร สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือการพยาบาล และผดุงครรภ์ จากสภาการพยาบาล
- สำเนารับรองคะแนนรายวิชาในหลักสูตรการพยาบาล
- รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวก ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๓ รูป (ภาพถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
- หนังสือรับรองการอนุมัติสมัครเข้ารับการอบรม หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน
- ใบรับรองแพทย์ สำเนาเอกสารอื่นๆ (โปรดระบุ)
๙. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หนังสือรับรองการขออนุมัติรับการอบรม

.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 สถานที่ทำงาน.....สังกัดกรม.....
 กระทรวง/ทบวง.....จังหวัด.....
 รับรองว่าผู้สมัคร คือ นาย/นาง/นางสาว.....
 กอง.....กรม.....กระทรวง/ทบวง.....
 เป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติให้สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตร.....
 ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ หากผู้สมัครได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการอบรม จะต้องดำเนินการขออนุมัติเข้ารับการอบรมแบบเต็มเวลาต่อผู้บังคับบัญชาในระดับสูงที่มีสิทธิอนุมัติให้เข้ารับการอบรมได้ต่อไป

ลงนาม.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาชั้นต้นที่มีสิทธิอนุมัติให้มาสมัครเข้ารับการอบรมได้

หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เขียนที่.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 กอง.....กรม.....โทรศัพท์.....
 เป็นผู้บังคับบัญชาของ นาย/นาง/นางสาว.....
 ขอรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว.....ได้ปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาล
 ณ หน่วยงาน.....เป็นเวลา.....ปี
 ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง.....ข้าพเจ้าขอประเมินคุณสมบัติดังนี้

หัวข้อการประเมิน	ดีมาก	ดี	พอใช้
๑. ความสามารถในการปฏิบัติงาน.....
๒. การปฏิบัติตนตามระเบียบวินัย.....
๓. ทักษะติดต่อวิชาชีพ.....
๔. มนุษยสัมพันธ์.....
๕. ความประพฤติ.....
๖. สุขภาพ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....