

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 1576
วันที่ 31 เดือน ๕ ค.ศ. ๒๕๖๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
เลขรับที่ ๕๖๗
วันที่ ๓๐ มี.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๑๖-๓๕

ที่ สธ ๑๑๐๓.๐๘/ว ๑๙๖

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ๙๒๐๐๐

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนบุคลากรในหน่วยงานเข้าร่วมอบรม
โครงการการประชุมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาล เรื่อง การพยาบาลในยุค New normal (ออนไลน์)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล /
และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ แผ่น
๒. ใบสมัครเข้าร่วมอบรมโครงการ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้จัดโครงการการประชุมฟื้นฟูวิชาการสำหรับ
พยาบาล เรื่อง การพยาบาลในยุค New normal (ออนไลน์) ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕
ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข
ให้มียุทธศาสตร์ความรู้ที่ทันสมัยและทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการทุกเพศ ทุกวัยในยุค
New normal

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากร
ในหน่วยงานของท่านสมัครเข้าร่วมอบรมโครงการดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียน
ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้จากหน่วยงานต้นสังกัด โดยสามารถสมัครเข้าอบรม
ตามเอกสารที่ส่งมาด้วยนี้และกรุณาส่งเอกสารกลับมายังวิทยาลัยทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์
bcnt.academic01@gmail.com

เรียน นพ. ร.ว. น.ด. จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบโดยทั่วถึงกัน

- 1 มีนาคม ๒๕๖๕

ขอแสดงความนับถือ

(นางประไพพิศ สิงหเสม)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๒๑ ๑๒๙๘ ต่อ ๒๕๖

โทรสาร ๐ ๗๕๒๑ ๑๒๙๘ ต่อ ๑๒๑

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๑๙๖๘ ๐๕๖๙ (อาจารย์เบญจวรรณ ช่วยแก้ว)

ทราบ/ดำเนินการ

(นายจรัสพงษ์ สุขกรี)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

31 มี.ค. 2565

สแกนเข้าระบบแล้ว



รูปถ่าย

ใบสมัคร

การประชุมฟื้นฟูวิชาการสำหรับพยาบาล เรื่อง การพยาบาลในยุค New normal

ระหว่างวันที่ 25-29 เมษายน 2565

ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

1. ชื่อ-สกุล.....
2. วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี
3. เลขประจำตัวประชาชน.....
4. ตำแหน่งทางการบริหาร.....
ตำแหน่งทางวิชาชีพ.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์.....
E-mail
- เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....
เลขบัตรสมาชิกสภาการพยาบาล.....
5. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ที่อยู่.....
6. ระดับการศึกษา.....
.....
.....

คำรับรองของผู้สมัครเข้ารับการอบรม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วัน.....เดือน.....ปี.....



QR CODE เข้างกลุ่มสำหรับการประชุม