



ที่ สธ ๐๓๑๖/๒๐๓๓

สถาบันโรคทรวงอก

๙.๔ ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ คณบดี/ หัวหน้าภาควิชา/ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล/ หัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมโครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒. กำหนดการและขั้นตอนการปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม

ตามที่สถาบันโรคทรวงอก ได้กำหนดจัดโครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ระยะเวลาการอบรม ๑ เดือน ระหว่างวันที่ ๔ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗ นั้น

ในการนี้ การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมได้เสร็จสิ้นลงแล้ว สถาบันโรคทรวงอกจึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมในสังกัดของท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้ผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับการอบรมและดำเนินการชำระค่าลงทะเบียน ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ภายในเวลา ๑๖.๐๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเอนก กนกศิลป์)

ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร. ๐ ๒๕๕๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒

โทรสาร ๐ ๒๕๕๗ ๐๙๕๑



ประกาศสถาบันโรคทรวงอก  
รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม  
โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก”  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ลำดับ	ชื่อ -สกุล	ตำแหน่ง	สังกัด
๑	นางสวณันทกานต์ คล่องแคล่ว	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลปลวกแดง จ.ระยอง
๒	นางสาวสุทธิดา สังข์เจริญ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	โรงพยาบาลบ้านฉาง จ.ระยอง
๓	นางสาวบุษริน ตะเหล็ม	นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	โรงพยาบาลปิยะเวท
๔	นางสาวปาริชาติ เมืองสนธิ์	นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	โรงพยาบาลปิยะเวท

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๗

(นายเอนก กนกศิลป์)

ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

## กำหนดการชำระค่าลงทะเบียนและรายงานตัว

### โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก”

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ระหว่างวันที่ ๔ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗

- ผู้เข้ารับการอบรม กรุณายืนยันสิทธิ์ด้วยตนเอง โดยการโทรศัพท์มาที่หมายเลข ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒ ติดต่อกับนางสาวนุชจรี สุขสุนทร งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภายในวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.
- ดาวน์โหลดจดหมายเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลต้นสังกัดและเอกสารประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม เพื่อให้โรงพยาบาลต้นสังกัดดำเนินการยื่นหนังสือขออนุมัติส่งตัวเข้ารับการอบรม และให้ผู้มีรายชื่อเข้ารับการอบรม ขออนุมัติชำระค่าลงทะเบียน โดยชำระเงินค่าลงทะเบียนท่านละ ๑๕,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรี ประเภทบัญชี ออมทรัพย์  
ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของสถาบันโรคทรวงอก  
เลขที่บัญชี ๑๐๘-๐-๒๖๕๒๗-๙
- ส่งหลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) พร้อมทั้งระบุ ลำดับที่ (ตามประกาศผลการคัดเลือก)  
ชื่อ-นามสกุล และกรุณาระบุการออกไปเสร็จรับเงิน ในนาม.....ให้ชัดเจน (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)  
ในกรณีที่โอนเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของธนาคาร กรุณาพิมพ์สลิปการโอนเงิน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ส่งสำเนาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address : trainingnurse.cct@gmail.com  
ในกรณีที่ชำระเงินหลังวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

#### เอกสารที่ต้องเตรียมมาในวันรายงานตัว

- หนังสือส่งตัวเข้ารับการอบรมจากต้นสังกัด
- หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) ฉบับจริง ในกรณีที่โอนเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของธนาคาร กรุณาพิมพ์ สลิปการโอนเงิน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

#### หมายเหตุ :

- การพิจารณาคัดเลือกจากคณะกรรมการฯ ถือเป็นขั้นสิ้นสุด
- การเดินทางขณะเข้ารับการอบรมควรใช้รถโดยสารสาธารณะ เนื่องจากสถาบันโรคทรวงอกไม่มีที่จอดรถเพียงพอในการให้บริการ
- ผู้เข้ารับการอบรมควรจัดหาที่พักที่อยู่ใกล้สถาบันโรคทรวงอกให้เรียบร้อยก่อนวันเปิดการอบรม
- กำหนดการรายงานตัวและวันเปิดการอบรม วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๗.๓๐ น.  
ณ ห้องประชุม FOB อาคาร ๒ ชั้น ๑

#### สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล นางสาวนุชจรี สุขสุนทร, นางสาวสุวิทย์ อ่อนประเสริฐ  
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒ (ในวันและเวลาราชการเท่านั้น)