



ที่ สธ ๐๓๑๖/ ๑๖๐๙

สถาบันโรคทรวงอก
๗๔ ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๘ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมโครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๒. กำหนดการและขั้นตอนการปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม

ตามที่สถาบันโรคทรวงอก ได้กำหนดจัดโครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ระยะเวลาการอบรม ๑ เดือน ระหว่างวันที่ ๔ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ นั้น

ในการนี้ การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมได้เสร็จสิ้นลงแล้ว สถาบันโรคทรวงอกจึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมในสังกัดของท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้ผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับการอบรมและดำเนินการชำระค่าลงทะเบียน ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘ 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 ๒๕๖๘

ลำดับ	ชื่อ -สกุล	สังกัด
๑.	นางสาวณบงกชพร สมณะ	โรงพยาบาลนครพิงค์
๒.	นางสาวปรางฤทัย แพงทอง	โรงพยาบาลพญาไทศรีราชา
๓.	นางสาวอัญชิสา ชันทะสอน	โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น
๔.	นางสาวสุดาวรรณ วงศาขลาศัย	โรงพยาบาลยันฮี
๕.	นางสาวณัฐนัฐา วิวัฒน์สินชัย	บริษัท สมิต เมดิคอล จำกัด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๘

(นายเอนก กนกศิลป์)

ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

กำหนดการชำระค่าลงทะเบียนและรายงานตัว

โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก”

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ระหว่างวันที่ ๔ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๘

- ผู้เข้ารับการอบรม กรุณายืนยันสิทธิ์ด้วยตนเอง โดยการโทรศัพท์มาที่หมายเลข ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒ ติดต่อกับ นางสาวนุชจรี สุขสุนทร งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภายในวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.
- ดาวน์โหลดจดหมายประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม เพื่อให้โรงพยาบาลต้นสังกัดดำเนินการยื่นหนังสือขออนุมัติ ส่งตัวเข้ารับการอบรม และให้ผู้มีรายชื่อเข้ารับการอบรมขออนุมัติชำระค่าลงทะเบียน 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 (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงิน ทางต้นสังกัดของท่าน) ในกรณีที่โอนเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของธนาคาร กรุณาพิมพ์สลิปการโอนเงิน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ส่งสำเนาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address : trainingnurse.ccit@gmail.com ในกรณีที่ชำระเงินหลังวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

เอกสารที่ต้องเตรียมมาในวันรายงานตัว

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

หมายเหตุ :

- การพิจารณาคัดเลือกจากคณะกรรมการฯ ถือเป็นขั้นสุดท้าย
- การเดินทางขณะเข้ารับการอบรมควรใช้รถโดยสารสาธารณะ เนื่องจากสถาบันโรคทรวงอกไม่มีที่จอดรถเพียงพอ ในการให้บริการ
- ผู้เข้ารับการอบรมควรจัดหาที่พักที่อยู่ใกล้สถาบันโรคทรวงอกให้เรียบร้อยก่อนวันเปิดการอบรม
- กำหนดการรายงานตัวและวันเปิดการอบรม วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๘ 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)

