



ที่ สธ ๐๓๑๖/ ๒๖๖๐

สถาบันโรคทรวงอก
๗๔ ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๒ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (Sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมโครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (Sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๒. ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรม

ตามที่สถาบันโรคทรวงอก ได้กำหนดจัดโครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ระยะเวลาการอบรม ๑ เดือน ระหว่างวันที่ ๒ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙ นั้น

ในการนี้ การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมได้เสร็จสิ้นลงแล้ว สถาบันโรคทรวงอกจึงขอประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมในสังกัดของท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้ผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับการอบรมและดำเนินการชำระค่าลงทะเบียน ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ภายในเวลา ๑๖.๐๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายเชตต์ ศรีประทักษ์)

ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก



ขั้นตอนการปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒

โทรสาร ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๕๑



ประกาศสถาบันโรคทรวงอก
รายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม
โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (Sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก”
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ระหว่างวันที่ ๒ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	
๑	นางสาวกนกวรรณ	ปิตโต
๒	นางสาวจิรกานต์	กลางบุรีรัมย์
๓	นายณัฐชัย	สายสงค์
๔	นางทิพวรรณ	ตรีமாக
๕	นางสาวพิมพ์ชนก	กองทรัพย์
๖	นายสมใจ	สุเมินทร์

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๙


(นายเชตต์ ศรีประทีภษ์)
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรม

โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก”

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ระหว่างวันที่ ๒ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙

- ผู้เข้ารับการอบรม กรุณายืนยันสิทธิ์ด้วยตนเอง โดยการโทรศัพท์มาที่หมายเลข ๐ ๒๕๕๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒ ติดต่อบางสาวนุชจรี สุขสุนทร งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภายในวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙ 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 และกรณาระบุการออกใบเสร็จรับเงิน ในนาม.....ให้ชัดเจน (ตามระเบียบเบิก
จ่ายเงินทางต้นสังกัดของท่าน)
ในกรณีที่โอนเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของธนาคาร กรุณาพิมพ์สลิปการโอนเงิน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
ส่งสำเนาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: trainingnurse1.ccit@gmail.com
ในกรณีที่ชำระเงินหลังวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

เอกสารที่ต้องเตรียมมาในวันรายงานตัว (วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๙)

- หนังสือส่งตัวเข้ารับการอบรมจากต้นสังกัด
- หลักฐานการโอนเงิน (สลิปโอนเงิน) ฉบับจริง ในกรณีที่โอนเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของธนาคาร
กรุณาพิมพ์สลิปการโอนเงิน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ :

- การพิจารณาคัดเลือกจากคณะกรรมการฯ ถือเป็นขั้นสิ้นสุด
- การเดินทางขณะเข้ารับการอบรมควรใช้รถโดยสารสาธารณะ เนื่องจากสถาบันโรคทรวงอกไม่มีที่จอดรถ
เพียงพอในการให้บริการ
- ผู้เข้ารับการอบรมควรจัดหาที่พักที่อยู่ใกล้สถาบันโรคทรวงอกให้เรียบร้อยก่อนวันเปิดการอบรม
- กำหนดการรายงานตัวและวันเปิดการอบรม วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๙ เวลา ๐๗.๓๐ น. ณ ห้องประชุม FOB
อาคาร ๒ ชั้น ๑

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานถ่ายทอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล นางสาวนุชจรี สุขสุนทร, นางสาวกณภรณ์ มาเนียม
โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒ (ในวันและเวลาราชการเท่านั้น)

