

ที่ สธ ๐๓๑๖/ ๑๙๑๗



สถาบันโรคทรวงอก

๗๔ ถนนติวานนท์ ตำบลบางกระสอ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓๕ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

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

ด้วยสถาบันโรคทรวงอก ได้จัดโครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก” ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ระยะเวลาการอบรม ๑ เดือน ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมได้เสร็จสิ้นลงแล้ว สถาบันโรคทรวงอกจึงขอแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมในสังกัดของท่าน โปรดพิจารณาอนุมัติให้ผู้ที่มีรายชื่อเข้ารับการอบรม และดำเนินการชำระค่าลงทะเบียน ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ภายในเวลา ๑๖.๐๐ น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ


(นายเอนก กนกศิลป์)
ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

ภารกิจด้านการพยาบาล

โทร. ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒

โทรสาร ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๕๑



ประกาศสถาบันโรคทรวงอก
รายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม
โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก”
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	สังกัด
๑	นางสาวเรณูกา หมอเก่ง	โรงพยาบาลชลบุรี
๒	นายปฐวี ทองคำ	โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช สุพรรณบุรี
๓	นางสาวมณฑิรา พูลพิพัฒน์	โรงพยาบาลชลบุรี
๔	นางสาวณัฐนันท์ แก่นดี	โรงพยาบาลจุฬารัตน์
๕	นางสาวปาณิสรา กุศลจิตต์	โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๖

(นายเอนก กนกศิลป์)

ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

กำหนดการชำระค่าลงทะเบียนและรายงานตัว

โครงการอบรม “เจ้าหน้าที่ตรวจการนอนหลับ (sleep technician) สถาบันโรคทรวงอก”

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

- ผู้เข้ารับการอบรม กรุณายืนยันสิทธิ์ด้วยตนเอง โดยการโทรศัพท์มาที่หมายเลข ๐ ๒๕๔๗ ๐๙๙๙ ต่อ ๓๐๒๐๒ ติดต่อกับนางสาวนุชจรี สุขสุนทร งานถ่ายถอดการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภายในวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖ 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 และกรณาระบุการออกไปเสรีจรับเงิน โฉนด.....ให้ชัดเจน (ตามระเบียบเบิกจ่ายเงิน ทางต้นสังกัดของท่าน)
ในกรณีที่โอนเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของธนาคาร กรุณาพิมพ์สลิปการโอนเงิน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง ส่งสำเนาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address : trainingnurse.ccit@gmail.com
ในกรณีที่ชำระเงินหลังวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถือว่าสละสิทธิ์การเข้าศึกษาอบรม

เอกสารที่ต้องเตรียมมาในวันรายงานตัว

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

หมายเหตุ :

- การพิจารณาคัดเลือกจากคณะกรรมการฯ ถือเป็นขั้นสิ้นสุด
- การเดินทางขณะเข้ารับการอบรมควรใช้รถโดยสารสาธารณะ เนื่องจากสถาบันโรคทรวงอกไม่มีที่จอดรถเพียงพอ ในการให้บริการ
- ผู้เข้ารับการอบรมควรจัดหาที่พักที่อยู่ใกล้สถาบันโรคทรวงอกให้เรียบร้อยก่อนวันเปิดการอบรม
- กำหนดการรายงานตัวและวันเปิดการอบรม วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๗.๓๐ น.
ณ ห้องประชุม ๒ อาคาร ๘ ชั้น ๕

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นางพรรณณี บัลลังก์

โทรศัพท์ ๐๘๑-๘๓๗๒๔๔๗ (ในวันและเวลาราชการเท่านั้น)