



โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

ขอเชิญผู้สนใจสมัครเข้าอบรม “โครงการอบรมผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและดูแลผู้สูงอายุ ประจำปี ๒๕๖๐”

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุขั้นพื้นฐานแก่ผู้สนใจ ในการประกอบอาชีพเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยหรือดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานโรงพยาบาลและในชุมชน
2. เตรียมความพร้อมอัตรากำลังผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้เพียงพอเหมาะสมกับภาระงาน
3. ฝึกอบรมภาระงานในบางกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อนของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น
4. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ผู้สอน

แพทย์, พยาบาลวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

สถานที่ฝึกอบรม

โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

ระยะเวลา

ระยะเวลาการอบรมวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เนื้อหาวิชา

รวม ๒๐๐ ชั่วโมง (ภาคทฤษฎี ๕๐ ชั่วโมง, ภาคปฏิบัติ ๑๕๐ ชั่วโมง)

จำนวนผู้เข้าอบรม

๓๐ คน

คุณสมบัติผู้เข้าอบรม

๑. ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า
๒. ไม่จำกัดเพศ เพศชายต้องผ่านการเกณฑ์ทหาร, เพศหญิงไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมบุตร
๓. ไม่เป็นผู้ต้องโทษทางอาญา
๔. สัญชาติไทย อายุ ๑๘-๓๕ ปี
๕. มีบุคลิกภาพดี มีใจรักในงานบริการ
๖. ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาสุขภาพที่จะเป็นอุปสรรคต่อการอบรมและปฏิบัติงาน

ค่าลงทะเบียน

ฟรีตลอดหลักสูตร (พร้อมอาหารกลางวัน ฟรี!)

การรับสมัคร

รับสมัครระหว่างวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๐ ถึง ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐

เอกสารประกอบการรับสมัคร

- รูปถ่ายหน้าตรงขนาด ๑ นิ้ว ๒ รูป (ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน)
- สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ
- สำเนาวุฒิการศึกษา หรือใบรับรองการศึกษา ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ออกไว้ไม่เกิน ๑ เดือน

ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ งานทรัพยากรมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

วิธีการประเมินผล

- ผู้เข้าอบรมต้องมีเวลาเข้าอบรมตามเวลาเรียนไม่น้อยกว่า ๘๐ เปอร์เซ็นต์
- ผ่านการทดสอบข้อเขียนและผ่านเกณฑ์การฝึกปฏิบัติงานตามที่กำหนด

ผู้รับผิดชอบโครงการ

งานทรัพยากรมนุษย์ และ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)

สนใจติดต่อและสมัครอบรมได้ที่ : งานทรัพยากรมนุษย์ ตึกสมเด็จย่า ๙๐ พรรษา (ชั้น ๕) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
เลขที่ ๑๙๘ หมู่ ๑ ถนนบ้านแพ้ว-พระประโทน ตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ๗๔๑๒๐

โทร. ๐๓๔-๔๑๙๕๖๖, ๔๑๙๕๗๗ โทรสาร. ๐๓๔-๔๑๙๕๖๗ www.bphosp.or.th





ใบสมัครเข้าอบรม

โครงการอบรมผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและดูแลผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

เลขที่ใบสมัคร.....

ติดรูปถ่าย ๑ นิ้ว
ถ่ายไว้ไม่เกิน
๖ เดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ นาย, นาง, นางสาว นามสกุล.....

NAME : MR., MISS, MRS. SURENAME.....

เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. อายุ..... ปี

น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม. เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....

บัตรประชาชนเลขที่..... ออกให้ ณ วันหมดอายุ.....

สถานภาพทางทหาร ผ่านการเกณฑ์ทหาร ยังไม่เกณฑ์ จะเกณฑ์เมื่อ.....

ได้รับการยกเว้น เพราะ.....

ชื่อ-นามสกุล บิดา..... ชื่อ-นามสกุล มารดา.....

สถานภาพการสมรส โสด สมรส ชื่อ-สกุล คู่สมรส..... หม้าย หย่าร้าง

จำนวนบุตร ทั้งหมด..... คน

ที่อยู่ปัจจุบัน อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address.....

ประวัติการศึกษา

สำเร็จการศึกษาชั้น..... ปีการศึกษาที่จบ.....

จากสถานศึกษา/โรงเรียน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

คะแนนเฉลี่ย..... วุฒิที่ได้รับ.....

ประวัติการทำงาน

๑. สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง..... เงินเดือน..... บาท

ระยะเวลาตั้งแต่..... สาเหตุที่ออก.....

๒. สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง..... เงินเดือน..... บาท

ระยะเวลาตั้งแต่..... สาเหตุที่ออก.....

ข้อมูลอื่น ๆ

ความสามารถพิเศษ.....

ท่านเคยถูกฟ้องร้องดำเนินคดีหรือต้องคำพิพากษาหรือไม่ ไม่เคย เคย อธิบาย.....

ท่านเคยป่วยหนักหรือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงมาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุโรค.....

ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังหรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุโรค.....

บุคคลที่ติดต่อได้กรณีเร่งด่วน

ชื่อ - นามสกุล ความสัมพันธ์.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก..... E-mail Address.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่กล่าวไว้ข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการ หากโรงพยาบาลฯ ตรวจสอบพบ
ภายหลังว่าข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง โรงพยาบาลฯ มีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการอบรมของข้าพเจ้าได้ โดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชย
หรือค่าเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วัน/เดือน/ปี