



ที่ อว 68104.4/พิเศษ

สาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

1 สิงหาคม 2567

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบสมัครเข้าอบรม จำนวน 1 ชุด

ด้วยฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์และสาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำหนดจัดโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา (Program of Nursing Specialty in Ophthalmic Nurse Practitioner) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ ความสามารถ และทักษะ ในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้การพยาบาล แบบองค์รวม (Holistic Care) รวมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา ตามระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาการพยาบาล จัดอบรม ระหว่างวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568 – 30 พฤษภาคม 2568 ณ สาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รับสมัครผู้เข้าอบรมจำนวน 24 คน ค่าลงทะเบียนคนละ 40,000 บาท ผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับ CNEU 50 หน่วยคะแนน สมัครให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2567

ในการนี้สาขาวิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรพยาบาลในสังกัดของท่านเข้าร่วมอบรมหลักสูตร ฯ ดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเดินทาง ค่าที่พัก และอื่น ๆ ได้ตามระเบียบต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านร่วมอบรมดังกล่าว จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์แมนสิงห์ รัตนสุคนธ์)

หัวหน้าสาขาวิชาจักษุวิทยา

สาขาวิชาจักษุวิทยา

โทรศัพท์ 0-7445-1380-1

E-mail : sorawan@medicine.psu.ac.th

ใบสมัครเข้าร่วมอบรม

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ชื่อ-สกุล (นาย/ นาง / นางสาว)

.....อายุ.....ปี

ตำแหน่งปัจจุบัน.....

สถานที่ทำงาน.....

เลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

เบอร์มือถือ.....

E-mail Address.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด.....

สถานที่สำเร็จการศึกษาสูงสุด.....

ลักษณะประสบการณ์การทำงานทางคลินิก.....

.....

.....

.....

อายุการทำงานในสาขาจักุวิทยา.....ปี

จำนวนเตียงของโรงพยาบาล.....เตียง

จำนวนจักุแพทย์.....คน

จำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติทางจักุ.....คน

ต้องการฝึกปฏิบัติหน่วยงานใดมากที่สุดในช่วง Elective

โปรดระบุลำดับ 1 - 2 (เลือกได้ 2 อันดับ)

_____OPD _____OR _____WARD

หมายเหตุ การจัดช่วง Elective ใช้เกณฑ์ตามลำดับก่อน-หลัง

การสมัคร

ดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.psu-eye.com

ข้อพึงจำได้แบบหลักฐานในการสมัครดังนี้

- ☐ สำเนาวุฒิการศึกษา
- ☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
- ☐ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนากะเบียนบ้าน
- ☐ หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)
- ☐ เอกสารการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อ

จุดแข็งของหลักสูตร

- วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมตรงตาม Service Plan ซึ่งเน้นความรู้ดี ปฏิบัติได้จริง
- มีหอพักรอบมหาวิทยาลัย เดินทางสะดวก ระยะเวลาในการเดินทาง
- สอนโดยคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์
- สถานที่ฝึกอบรมเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีความพร้อมสูง
- เปิดโอกาสให้ดูงาน นิเทศงานนอกสถานที่



แผนที่ตั้ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สาขาวิชาจักุวิทยา ชั้น 4
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
โทรศัพท์ 074-451381



หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา

Program of Nursing Specialty in
Ophthalmic Nurse Practitioner

รุ่นที่ 9

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568 ถึง วันที่ 30 พฤษภาคม 2568

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สาขาวิชาจักุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



สภาการพยาบาลรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง
สาขาพยาบาลศาสตร์ 50 หน่วยคะแนน

ชื่อวุฒิบัตร

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล
เวชปฏิบัติทางตา

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

เพื่อให้ผู้รับการอบรมมีความรู้ความสามารถและทักษะ
ในการนำแนวคิดและศาสตร์ทางการพยาบาล กระบวนการ
พยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหา วางแผนและให้
การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) รวมทั้งประเมิน
ผลการดูแลผู้ป่วยทางตาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
สามารถนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้อย่าง
เหมาะสม ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพทางตา
ตามระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ

คุณสมบัติผู้เข้ารับการอบรม

1. สำเร็จการศึกษาขั้นต้นระดับปริญญาตรีทางการ
พยาบาลหรือเทียบเท่า
2. เป็นผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาล
3. มีประสบการณ์การทำงานในการพยาบาลผู้ป่วยทาง
ตาไม่น้อยกว่า 1 ปี

ระยะเวลาการอบรม 17 สัปดาห์

ตั้งแต่ วันจันทร์ ที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568
ถึง วันศุกร์ ที่ 30 พฤษภาคม 2568

สถานที่ฝึกอบรม

- โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สาขาวิชาจักษุวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน 40,000 บาท
● เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บริหารแล้ว มีสิทธิ์เบิกค่า
ลงทะเบียนจากต้นสังกัดได้ ส่วนพนักงานของรัฐเบิกได้ตาม
ระเบียบของโรงพยาบาล

การรับสมัคร

- ให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2567
โดยสามารถ Download ใบสมัครได้จาก
www.psu-eye.com

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการสัมภาษณ์

วันที่ 9 มกราคม 2568 ทาง www.psu-eye.com

การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรม

- รับสมัครจำนวน 24 คนเท่านั้น
- การคัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของ
คณะกรรมการ พิจารณาตัดสินที่ได้ถือเป็นอันสิ้นสุด

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรม

วันที่ 16 มกราคม 2568 ทาง www.psu-eye.com

การรายงานตัวเข้ารับการอบรมและปฐมนิเทศ

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568

วิธีชำระเงิน

โอนเงิน บัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเภท ออมทรัพย์
ชื่อบัญชี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
(การประชุม) เลขที่บัญชี 565-2-645612

หลักฐานการสมัคร

1. สำเนาวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล
หรือเทียบเท่า
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ
การพดุงครรภ์ ชั้น1
3. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
4. หนังสืออนุญาตให้ลาศึกษาต่อจากผู้บริหารระดับที่มี
อำนาจให้ลาศึกษาต่อ (กรณีรับราชการ)
5. ใบสมัครเข้าร่วมอบรม
6. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว ไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 2 ใบ
7. เอกสารการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคติดต่อ Download
ได้จาก www.psu-eye.com

ติดต่อสอบถามข้อมูล

คุณอรวรรณ สุวรรณรัตน์
โทร : 074-451381/086-6857464
Email : sorawan@medicine.psu.ac.th
ID Line : 0866857464

ส่งใบสมัคร

หน่วยการจัดประชุม อาคารเรียนรวมและหอสมุดฯ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110
โทร : 074-451147 โทรสาร : 074-451127
Email : meeting@medicine.psu.ac.th



ใบสมัคร



เอกสารภูมิคุ้มกัน