



ที่ ศธ ๖๙๓๙(๘).๒๔/๓๓/๐

หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๓๑ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอแจ้งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (การล้างทางช่องท้อง)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศผลพยาบาลเข้าอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (การล้างทางช่องท้อง)

เนื่องด้วยหน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จัดฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (การล้างทางช่องท้อง) ในระหว่างวันที่ ๖ มีนาคม - ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ หน่วยวิชาโรคไตฯ ได้เล็งเห็นความสำคัญของโรงพยาบาลท่านที่ต้องการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้การบริการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน

ในการนี้หน่วยวิชาโรคไตฯ ได้พิจารณาแล้วและเห็นสมควรรับบุคลากรของท่านเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง) เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ผู้ผ่านการคัดเลือกจะต้อง

๑. ส่งคืนใบตอบรับการยืนยันเข้าเรียน ภายในวันที่ ๑-๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ มิฉะนั้นจะถือว่าท่านสละสิทธิ์
๒. รายงานตัวในวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๐ เวลา ๑๓.๐๐ น. พร้อมทั้งชำระค่าลงทะเบียน จำนวน ๕๕,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน) พร้อมทั้งเข้าร่วมพิธีเปิดเรียน ในวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๐ จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายแพทย์ศิริเรก บรรณจักร์)

หัวหน้าหน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หมายเหตุ เครื่องแต่งกายสวมชุดพยาบาลตลอดหลักสูตร

ประกาศผลการคัดเลือกหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวช  
ปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง)

รายนาม	ต้นสังกัด
1. นางบรรจง ปิงสุแสน	โรงพยาบาลเทิง
2. นางสุภาพร ศรีวรรณบุตร	โรงพยาบาลนครพิงค์
3. นางสาวนราพร ปงคำเพย	โรงพยาบาลลานนา
4. นางสาวอรพรรณ วันแก้ว	โรงพยาบาลพาน
5. นายสมเกียรติ ไชยลังกา	โรงพยาบาลงาว
6. นางวิไลพร เครือสาร	โรงพยาบาลลำปาง

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต  
(การล้างทางช่องท้อง)  
ในระหว่างวันที่ ๖ มีนาคม - ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ข้าพเจ้า .....

ต้นสังกัด .....

- ขอยืนยันการเข้าร่วมอบรม
- ขอสงวนสิทธิ์การเข้าร่วมอบรม

(ลงชื่อ).....

(.....)

กรุณาตอบกลับทางอีเมลล์ [nephromedcmu@gmail.com](mailto:nephromedcmu@gmail.com) ภายในวันที่ ๑ - ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ เท่านั้น มิฉะนั้นจะถือว่าท่านสงวนสิทธิ์