

Consent Form : แบบแสดงความยินยอมการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้กรมสุขภาพจิต เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับเว็บไซต์ www.nurse-pg.dmh.go.th ซึ่งต่อไปในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เรียกว่า “ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล” ภายใต้งานนี้ ดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ต่อการรับสมัครหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ผู้เรียนมีความรู้และความเชี่ยวชาญในการคัดกรอง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา/ฟื้นฟู ทางด้านสุขภาพจิตให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี

2. “ข้อมูลส่วนบุคคล” หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลซึ่งทำให้สามารถระบุตัวบุคคลนั้นได้ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม เช่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน ชื่อ สกุล เพศ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ข้อมูลอาชีพ เลขสมาชิกสภาการพยาบาล เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ

3. “ข้อมูลการศึกษา” หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางการศึกษาของผู้สมัครอบรม เช่น วุฒิการศึกษา สาขา ปีการศึกษาที่จบ สถาบัน คณะแผนก

4. “เอกสารการรับสมัคร” หมายถึง เอกสารที่ใช้ประกอบการรับสมัครอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งต้องลงนามรับรองทุกใบ เช่น สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ สำเนาปริญญาบัตร สำเนาใบแสดงผลการศึกษา สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล

5. ผู้สมัครอบรมมีสิทธิถอนความยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สมัครเมื่อใดก็ได้ เว้นแต่การถอนความยินยอมนั้นจะกระทบต่อการอบรมหรืออยู่นอกเหนือการควบคุมของหน่วยฝึกอบรม PG

6. การตกลงให้เก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลนี้มีผลใช้บังคับตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดไว้

7. สิทธิของผู้สมัครอบรมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับการเพิกถอน การขอเข้าถึงและรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล การคัดค้านการเก็บข้อมูล ใช้หรือเปิดเผย สิทธิในการเคลื่อนย้ายข้อมูล สิทธิในการลบข้อมูล สิทธิในการระงับการใช้ข้อมูล ให้เป็นไปตามนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเราและตามที่กฎหมายกำหนด

8. ผู้สมัครเข้ารับการอบรมรับทราบว่า ผู้สมัครสามารถติดต่อหน่วยฝึกอบรมหลักสูตร PG ผ่านช่องทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์: academic.dmh2@gmail.com

STEP การเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

1. การยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคล ตามเอกสารใบยินยอม (Consent form)
2. ลงทะเบียนและกรอกรายละเอียดข้อมูลให้ครบถ้วน ตาม Website : www.nurse-pg.dmh.go.th
3. รอการอนุมัติ จากกรมสุขภาพจิต
4. ชำระค่าลงทะเบียนตามที่กำหนด ในกรณีหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
5. รูปแบบการอบรม
 - ภาคทฤษฎี (Online) ด้วยระบบ Microsoft Team ตามรายวิชาที่กำหนด และการวัดประเมินผล
 - ภาคปฏิบัติ (Onsite) ในสถานบัน/โรงพยาบาลจิตเวชที่กำหนด
6. การประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนด
7. จบการศึกษา รับใบประกาศนียบัตร



กรมสุขภาพจิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
โรงพยาบาลศรีธัญญา
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์



มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เปิดอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ประจำปี 2564 หลักสูตรอบรม 4 เดือน

รูปแบบ Hybrid

ภาคทฤษฎี Online

1 มิ.ย. - 30 ก.ค. 64

ภาคปฏิบัติ Onsite

1 ต.ค. - 30 พ.ย. 64

ผ่านการอบรมได้รับ CNEU 50 หน่วยคะแนน



สอบถามรายละเอียดได้ที่ : สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต อาคาร 1 ชั้น 3 โทร 02-59082567, 083-1396730

เปิดรับสมัคร

วันที่ 19 เมษายน -19 พฤษภาคม 2564

สมัครเรียนคลิก

www.nurse-pg.dmh.go.th



ค่าลงทะเบียน
ตลอดหลักสูตร
40,000 บาท

ศึกษารายละเอียดหลักสูตรและ
ดาวน์โหลดเอกสาร



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

ชื่อผู้ใช้ : อีเมล

รหัสผ่าน/เลขประจำตัวประชาชน

Log in

[สมัครผู้ใช้งานใหม่/นักศึกษา](#)

ชื่อผู้ใช้ : อีเมล

รหัสผ่าน : เลขประจำตัวประชาชน

Log in

[สมัครผู้ใช้งานใหม่/นักศึกษา](#)

อีเมล

ชื่อ-นามสกุล

รหัสผ่าน

ยืนยันรหัสผ่าน

สมัคร

รายละเอียดการรับสมัคร

รับสมัคร
รายละเอียดหลักสูตร
ข้อมูลผู้สมัคร
ผลการศึกษา
คู่มือสำหรับนักศึกษา
ดาวน์โหลดเอกสาร
ข้อมูลติดต่อ
ออกจากระบบ

รับสมัครพยาบาลเฉพาะทาง

วันที่ : 19 เมษายน – 19 พฤษภาคม 2564

ชื่อหลักสูตร : การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
ประจำปี 2564

ระยะเวลาการศึกษาอบรม : **เรียนภาคทฤษฎี** Online มิถุนายน -กรกฎาคม 2564

เรียนภาคปฏิบัติ Onsite ตุลาคม-พฤศจิกายน 2564

สมัครเรียน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

เลขบัตรประจำตัวประชาชน	
คำนำหน้าชื่อ	
ชื่อ (ไทย)	นามสกุล (ไทย)
ชื่อ (ภาษาอังกฤษ)	นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)
วัน/เดือน/ปี เกิด	อายุ
เพศ	สถานภาพ
สัญชาติ	เชื้อชาติ
ศาสนา	ภูมิลำเนาจังหวัด
สถานที่ทำงาน	
ตำแหน่งปัจจุบัน	
เลขสมาชิกสภาการพยาบาล	
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	
อีเมล	ID line

2. ข้อมูลที่อยู่

2. ที่อยู่ปัจจุบัน	ที่อยู่ทำงาน
ชื่อที่อยู่	
เลขที่	
หมู่	
ซอย	
ตำบล/แขวง	
อำเภอ/เขต	
จังหวัด	
รหัสไปรษณีย์	

3. ข้อมูลการสำเร็จการศึกษา

วุฒิการศึกษา	สาขา	ปีการศึกษาที่จบ	สถาบัน	คะแนนเฉลี่ย
ระดับปริญญาตรี				
ระดับปริญญาโท				
ระดับสูงกว่าปริญญาโท				

4. ข้อมูลเพิ่มเติม (ให้พิมพ์ตอบ)

1. ประสบการณ์ทำงาน
2. ประสบการณ์การศึกษาอบรม
3. ลักษณะงานปฏิบัติในปัจจุบัน

5. ค่าลงทะเบียน

1. () เบิกต้นสังกัด
2. () ทนส่วนตัว
3. () รับทุนกรมสุขภาพจิต
4. () อื่นๆ ระบุ.....

6. สถานที่ฝึกภาคปฏิบัติ (โปรดระบุ)

1. () สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
2. () โรงพยาบาลศรีธัญญา
3. () โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

7. เอกสารที่ใช้ประกอบการรับสมัคร (ลงนามรับรองทุกใบ) สร้างช่องให้ upload ไฟล์ PDF.

1. รูปถ่าย 1 นิ้ว ไม่สวมแว่นตาใส่ชุดสุภาพ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ
3. สำเนาใบปริญญาบัตร วุฒิการศึกษาสูงสุด
4. สำเนาใบแสดงผลการศึกษา (Transcript)
5. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล
6. หนังสือรับรองคำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้ากลุ่มงานขึ้นไป)
7. หลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียน
8. สำเนาหลัก ฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)