



มูลนิธิแพทย์ชนบท

RURAL DOCTOR FOUNDATION

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่... 12 ก.ย. 2559
วันที่... 17-01
เวลา...

อาคารสวนกีฬา ชั้น 2 ถนนสาธารณสุข 7 (ศูนย์อำนวยการยุทธศาสตร์สังคมอยู่เย็นเป็นสุข) กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ - โทรสาร 0 2149 5646 โทรศัพท์มือถือ 089 668 1299
2nd Floor of Public Health Sport Garden Building, Ministry of Public Health Phone - Fax 0 2149 5646

ที่ มพช./ 22 /2559

24 สิงหาคม 2559

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่... 1816
วันที่... ๑๒ ก.ย. ๒๕๕๙
เวลา... 16.23

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเสนอรายชื่อแพทย์เพื่อรับรางวัลแพทย์ดีเด่น
กองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร ประจำปี 2559

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/
ผู้อำนวยการเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. หลักเกณฑ์ในการสรรหาแพทย์ดีเด่น จำนวน 1 ชุด
- 2. แบบฟอร์มเสนอรายชื่อแพทย์ดีเด่น จำนวน 1 ชุด

ตามที่มูลนิธิแพทย์ชนบท ได้จัดตั้งกองทุนกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร ขึ้น
ในมูลนิธิฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรรหาแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทด้วยความเสียสละ อุตุน และเพื่อเป็น
การยกย่องเชิดชูเกียรติให้กับแพทย์และทีมงานที่ได้ปฏิบัติงานในชนบทด้วยความเสียสละและอุตุนนั้น

เพื่อให้การสรรหาแพทย์และทีมงานดีเด่น เป็นไปอย่างรอบคอบและได้ผู้ที่มีคุณสมบัติ
เหมาะสม สมควรแก่การยกย่อง มูลนิธิแพทย์ชนบท จึงขอความร่วมมือจากท่าน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ที่มี
ประสบการณ์ในการทำงานและมีข้อมูลเกี่ยวกับแพทย์และทีมงานที่ปฏิบัติงานในชนบทเป็นอย่างดี ในการนี้
จึงขอความร่วมมือจากท่าน เสนอรายชื่อแพทย์และทีมงานที่ปฏิบัติงานในชนบท ดังรายละเอียดในการ
เสนอชื่อ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และ 2)

โดยขอความอนุเคราะห์ส่งรายชื่อดังกล่าว มายัง มูลนิธิแพทย์ชนบท อาคารสวนกีฬา ชั้น 2
ถนนสาธารณสุข 7 กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์-โทรสาร 0 2149 5646 หรือจดหมาย
อิเล็กทรอนิกส์ nuy721@gmail.com ภายในวันที่ 15 กันยายน 2559 เพื่อจะได้รวบรวมรายชื่อและเสนอ
คณะกรรมการฯ ดำเนินการพิจารณาคัดเลือกต่อไป

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควร... (ศ. พ. กนกศักดิ์) พว

นางสาววิจิตรวาทิ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิชัย ไชควิตต์)

(นายสุชิน คันทร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทพทัน รักษาการในตำแหน่ง
ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท

ศุภรัตน์ วงษ์ศ
นักวิชาการสาธารณสุข
9 ต.ค. ๖๖

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร

กองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร เป็นกองทุนที่จัดตั้งในมูลนิธิแพทย์ชนบท ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๗ เป็นต้นมา โดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ประการ คือ

๑. เพื่อเป็นอนุสรณ์แห่งคุณงามความดี ความเสียสละ กล้าหาญ และอดทน ของนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร

๒. เพื่อสรรหาแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบทที่เสี่ยงภัยและทุรกันดาร ด้วยความกล้าหาญ เสียสละ และอดทน เฉกเช่นเดียวกับนายแพทย์กนกศักดิ์ และมอบรางวัลกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ฯ ให้ เพื่อเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรติ

๓. เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับทีมงานสุขภาพของโรงพยาบาลที่ได้รับการคัดเลือก

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาสรรหาแพทย์ดีเด่นกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร ประจำปี ๒๕๕๙

หลักเกณฑ์พื้นฐาน

๑. เป็นแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน
๒. ทำงานอยู่ในพื้นที่ชนบทนั้นๆ อย่างต่อเนื่องนานมากกว่า ๕ ปี ขึ้นไป
๓. โรงพยาบาลมีความสำเร็จในการให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเพิ่มเติม

๑. มีวิถีชีวิตที่สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับบุคลากรสาธารณสุขและสังคมทั่วไป ไม่ว่าจะในด้านศีลธรรม จริยธรรม ความสมถะ มีการดำรงชีวิตอย่างเรียบง่ายและเสียสละ รวมทั้งมีความอบอุ่นและสมถุศลในชีวิตครอบครัวและหน้าที่การงาน
๒. มีผลงานในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเด่นชัด ซึ่งอาจจะเป็น Hospital based หรือ Community based
๓. สามารถปฏิบัติงานเข้ากับชุมชนและท้องถิ่นได้เป็นอย่างดี
๔. สามารถทำงานเข้ากับบุคลากรสาธารณสุขและข้าราชการในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี
๕. ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ไม่ สร้างความทุกข์ในการทำงานให้กับทีมงานและเจ้าหน้าที่
๖. ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความสุจริตและโปร่งใส ไม่มีปัญหาการทุจริตคอร์รัปชัน
๗. เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล หรือพื้นที่เสี่ยงภัย และทุรกันดาร

แบบฟอร์มเสนอชื่อแพทย์ดีเด่นเพื่อสรรหาให้รับรางวัลกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร
ในมูลนิธิแพทย์ชนบท ประจำปี พ.ศ.๒๕๕๙

ข้อมูลแพทย์ที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นแพทย์ดีเด่น

๑. ชื่อ - นามสกุล.....โทรศัพท์.....
อายุ.....ปี อายุราชการ.....ปี (เริ่มงานตั้งแต่.....)
๒. สถานที่ทำงาน.....
ตำแหน่งงาน.....
๓. ผลงานดีเด่นของแพทย์ดังกล่าวที่ท่านทราบโดยสังเขป

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๔. ผลงานดีเด่นของทีมงานที่ท่านทราบโดยสังเขป

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ข้อมูลผู้เสนอรายชื่อแพทย์ดีเด่น

ชื่อ - นามสกุล.....ตำแหน่งงาน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....
.....

โทรศัพท์..... อีเมล.....

ลงชื่อ.....
(.....)

.....

วันที่เสนอ...../...../๒๕๕๙

หมายเหตุ ท่านอาจเสนอชื่อแพทย์พร้อมผลงานจากพื้นที่อื่นที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่เดียวกับท่านได้