

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่... ๒๐๕๕
วันที่... ๑๓ ต.ค. ๒๕๕๙
เวลา... ๑๖.๑๕

ท ศธ ๐๘๐๗.๑๗/ว ๕๗๕๑



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่... ๑๐๖๗
วันที่... 13 ต.ค. 2559
เวลา... 15.55

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๙ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/โรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์/กลุ่มงานในสังกัดหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลศรีธัญญา จะจัดโครงการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในงาน ด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน สามารถให้บริการทางการแพทย์ด้าน General Psychiatry ได้ทั้ง ๔ มิติ ครอบคลุมอย่างต่อเนื่องและสามารถให้ประชาชนตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ โรงพยาบาลศรีธัญญา จึงขอเรียนเชิญแพทย์ที่สนใจเข้ารับการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งการอบรมนี้แบ่งออกเป็น ๕ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ ระยะที่ ๒ หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness ระหว่างวันที่ ๙ - ๑๑ มกราคม ๒๕๖๐ ระยะที่ ๓ หมวดวิชา Mental health problem in community ระหว่างวันที่ ๓๐ มกราคม - ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ระยะที่ ๔ หมวดวิชา Prevention and Promotion ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ระยะที่ ๕ หมวดวิชา Psychiatry in Health Service ระหว่างวันที่ ๗ - ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ค่าใช้จ่าย ในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร ๑๖,๐๐๐ บาท ชำระค่าใช้จ่ายโดยการโอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ ชื่อบัญชี "ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรม ของโรงพยาบาลศรีธัญญา" ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๑๓๐-๐-๑๒๘๑๗-๘ และส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ มาที่ โทรสารหมายเลข ๐-๒๕๒๘- ๗๘๒๐ ภายในวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ โดยผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าเบี้ยเลี้ยง จากงบประมาณต้นสังกัดได้ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ที่ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดการและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และเดินทางมาอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ตามวัน เวลา ที่กำหนด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ขอแสดงความนับถือ

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร... หนึ่ง : ๗๗/๗๗๗ ๗๗๗

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายศิริศักดิ์ ธิติดีกรรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

(นายสุชิน คันทร)

ศุภรัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

๑๕ ต.ค. ๕๙

ฝ่ายฝึกอบรม

โทร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๐๐ ต่อ ๕๗๑๓๗, ๕๗๑๓๙

โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๒๐

E-mail address: tesrithanya@gmail.com

ผู้รับผิดชอบ นางสาวภูริดา สุขศิริ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพบก รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑๙

ใบสมัครโครงการอบรมแพทย์ ประจำปี 2560

เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

รายละเอียดการอบรม การอบรมนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1	หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน	ระหว่างวันที่ 19 - 22 ธันวาคม 2559
ระยะที่ 2	หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness	ระหว่างวันที่ 9 - 11 มกราคม 2560
ระยะที่ 3	หมวดวิชา Mental health problem in community	ระหว่างวันที่ 30 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ 2560
ระยะที่ 4	หมวดวิชา Prevention and Promotion	ระหว่างวันที่ 15 - 17 กุมภาพันธ์ 2560
ระยะที่ 5	หมวดวิชา Psychiatry in Health Service	ระหว่างวันที่ 7 - 10 มีนาคม 2560

ค่าลงทะเบียน

ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร **16,000** บาท (หนึ่งหมื่นหกพันบาทถ้วน)

โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี “ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลศรีธัญญา”
 ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ **130-0-12817-8**


ข้อมูลผู้สมัคร

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

- ▶ ชื่อ - นามสกุล
- ▶ ตำแหน่ง
- ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อายุ ปี
- ▶ สถานที่ทำงาน
 ชื่อหน่วยงาน.....
 เลขที่ หมู่ ถนน แขวง / ตำบล
- เขต / อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- ▶ สถานที่ส่งเอกสาร ที่ทำงาน อื่นๆ
- เลขที่ หมู่ ถนน แขวง / ตำบล
- เขต / อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน.....
- โทรสาร โทรศัพท์มือถือ
- Email ID Line

ลงชื่อผู้สมัคร

ลายเซ็น วันที่...../...../.....

- กรุณาส่งแบบฟอร์มพร้อมหลักฐานการโอนเงิน ภายในวันที่ **9 ธันวาคม 2559**
 ติดตามข่าวสารเพิ่มเติมได้ที่  “ฝ่ายฝึกอบรม โรงพยาบาลศรีธัญญา” และ www.sriphanja.co.th
 ผู้ประสานงานโครงการฯ : นางสาวกฤษิตา สุขศิริ โทร. 092-323-1118 / ID Line: villaboy88
 รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการสมัครสอบติดตามที่เว็บไซต์แพทยสภา www.tmc.or.th