



ที่ ขก ๐๐๓๒.๑/ว ๗๕๓๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่..... 3590
วันที่..... 7 พ.ค. 2557
เวลา..... 11.10
โรงพยาบาลขอนแก่น

ถนนศรีจันทร์ ขก ๔๐๐๐๐

90 เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความร่วมมือจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน

งานพัฒนาบุคลากรและคุณภาพองค์กร
รับเลขที่..... 348
วันที่..... 7 พ.ค. 2557
เวลา.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง รุ่นที่ ๕  
๒. ตารางการอบรม และใบสมัครลงทะเบียน

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการคัดเลือกให้เป็น Trauma excellence center ดังนั้น จึงต้องมีแผนพัฒนาบุคลากร ซึ่งถือว่าคนเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ามากที่สุด สำหรับองค์กรนั้น ๆ ตัวชี้วัดความสำเร็จอย่างยั่งยืนขององค์กร อยู่ที่คุณภาพของคน ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด ได้จัดอบรม เชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง โรงพยาบาลขอนแก่น Advanec Trauma Care Khon Kaen Hospital "รุ่นที่ ๕ ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๑๖ - ๒๐ มิถุนายน ๒๕๕๗ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมจำลอง มุ่งการดี ชั้น ๔ อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มเป้าหมาย สำหรับพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บภายในโรงพยาบาล ทั่วประเทศ จำนวน ๑๐๐ คน หลักสูตรนี้จะสอดคล้องกับความต้องการ ในการพัฒนาบุคลากรมากที่สุดในปัจจุบัน ทั้งด้านการบริหาร การวางแผน การตัดสินใจ พัฒนาสมรรถนะของพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถระดับสูง ในการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ทุกระยะของการบาดเจ็บ ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ระยะฉุกเฉิน ระยะวิกฤต ระยะหลังวิกฤต และระยะฟื้นฟูสภาพ เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย และมีเครือข่ายเพิ่มมากขึ้นอีกหนึ่งหลักสูตรนี้อยู่ ในระหว่างดำเนินการของหน่วยคะแนน CNEU ของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสภากาชาดแห่งประเทศไทย

ในการนี้ โรงพยาบาลขอนแก่น ขอความร่วมมือจากท่านส่งบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เข้ารับการอบรม ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ชำระเงินค่าลงทะเบียน คนละ ๔,๐๐๐ บาท โดยการโอนเงิน ชื่อบัญชี ศูนย์จัดการความรู้ ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด (นายแพทย์วิทยา ชาติบัญชาชัย) ธนาคารกรุงไทย สาขาศรีจันทร์ บัญชีออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ ๔๓๗-๐-๔๘๗๘๐-๓ และเบิกค่าที่พัก ค่าพาหนะเดินทาง จากต้นสังกัด กรุณาส่งใบสมัครลงทะเบียน ไปยัง ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ๕๖ ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐ โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๓๓ ๗๙๕๘ E-mail Kmtrauma@gmail.com

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

- ผศ.วิรัตน์

- นายตราวิทย์ อ.ทก.โทว ทน

ขอแสดงความนับถือ

๑๖/๕/๕๗

Handwritten signature

ศุภารัตน์ วงมยุศ  
 ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด  
 โทร./โทรสาร ๐ ๔๓๓๓ ๗๙๕๘  
 นักวิชาการสาธารณสุข  
 ๗ พ.ค. ๕๗

(นายวิระพันธ์ สุพรรณไชยมาคค์)  
 (นางสาววิดา กิรติกรณีสฤค)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
 นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา ปฏิบัติราชการแทน  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี