

งานพัฒนาบุคคลากรและคุณภาพองค์กร
รับเลขที่..... 829
วันที่ 17, ๓๑, ๕๖
เวลา.....
ที่ สธ ๐๘๐๗.๑๗/ ๐๕๖๕๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่..... 8546
วันที่ 17, ๓๑, 2557
เวลา 13.15

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

พ ตุลาคม ๒๕๕๗

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

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

ในการนี้ โรงพยาบาลศรีธัญญา จึงขอเรียนเชิญแพทย์ที่สนใจเข้ารับการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งการอบรมนี้แบ่งออกเป็น ๕ ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ ๑ หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ มกราคม ๒๕๕๘ ระยะเวลาที่ ๒ หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ มกราคม ๒๕๕๘ ระยะเวลาที่ ๓ หมวดวิชา Mental health problem in community ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ระยะเวลาที่ ๔ หมวดวิชา Prevention and Promotion ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๘ ระยะเวลาที่ ๕ หมวดวิชา Psychiatry in Health Service ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘ และประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชนสู่เครือข่าย วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๔ โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร ๑๖,๐๐๐ บาท ชำระค่าใช้จ่ายโดยการโอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี "ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลศรีธัญญา" ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๑๓๐-๐-๑๒๘๑๗-๘ และส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ มาที่โทรสารหมายเลข ๐-๒๕๒๘-๗๘๒๐ ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๗ โดยผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าเบี้ยเลี้ยง จากงบประมาณต้นสังกัดได้ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ที่ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดการและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และเดินทางมาอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ตามวัน เวลา ที่กำหนด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
- เพื่อโปรดทราบ.....
เห็นควร...ให้แจ้ง รท. ทด. แห่ง ทชช.....

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญชัย นวมงคลวัฒนา)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

๒๐ ๓ ๕๗

ศุภารัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข
ฝ่ายฝึกอบรม
โทร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๐๐ ต่อ ๕๗๒๓๗, ๕๗๑๓๙
โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๒๐
E-mail address: te_srithanya@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบ นางชีวันนัท เครืออนันต์

(นางสาวนิตา กิรดิกรณ์สุภัค)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา รักษาราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี



ใบสมัครโครงการอบรมแพทย์ ประจำปี 2558

เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

รายละเอียดการอบรม การอบรมนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1	หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน	ระหว่างวันที่	13-16 มกราคม 2558
ระยะที่ 2	หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness	ระหว่างวันที่	28-30 มกราคม 2558
ระยะที่ 3	หมวดวิชา Mental health problem in community	ระหว่างวันที่	18-20 กุมภาพันธ์ 2558
ระยะที่ 4	หมวดวิชา Prevention and Promotion	ระหว่างวันที่	11-13 มีนาคม 2558
ระยะที่ 5	หมวดวิชา Psychiatry in Health Service	ระหว่างวันที่	25-27 มีนาคม 2558
ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชนสู่เครือข่าย		วันที่	22 พฤษภาคม 2558
ณ ห้องประชุม 1 อาคารอำนวยการชั้น 4 โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี			

ค่าลงทะเบียน

ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร **16,000** บาท (หนึ่งหมื่นหกพันบาทถ้วน)
โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี **“ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลศรีธัญญา”**
ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 130-0-12817-8

ข้อมูลผู้สมัคร

โปรดกรอกข้อมูลให้
ครบถ้วนด้วย
ตัวบรรจง ส่งใบสมัคร
พร้อมหลักฐานการ
โอนเงินทางโทรสารที่
หมายเลข
02 528 7820

- ▶ ชื่อ - นามสกุล
- ▶ ตำแหน่ง
- ▶ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อายุ
- ▶ สถานที่ทำงาน (ใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)
ชื่อหน่วยงาน.....
เลขที่..... หมู่..... ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
- ▶ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ที่ทำงาน
- โทรสาร
- Email

ลงชื่อผู้สมัคร

▶ ลายเซ็น วันที่

กรุณาส่งแบบฟอร์มพร้อมหลักฐานการโอนเงินภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2557

ติดตามข่าวสารเพิ่มเติมได้ที่ "Training Srithanya Hospital"

ผู้ประสานงานโครงการฯ: นางชีวันนัท เครืออนันต์ โทร. **081-372-7086**

รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการสมัครสอบ เว็บไซต์แพทยสภา www.tmc.or.th