

งานพัฒนาบุคลากรและคุณภาพองค์กร
รับเลขที่..... 1034
วันที่..... ๒๖.๑.๒๕๕๘
เวลา.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่..... ๗๔๖
วันที่..... 27.๑.๒๕๕๘
เวลา..... 14:30

สมาคมโฮมีโอพาธีแห่งประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานแพทย์ทางเลือก อาคาร 2 ชั้น 6 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี
โทร: 66 (0) 2-149-5636 แฟกซ์: 66 (0) 2-149-5637
Website: <http://www.thaihomeopathy.org>

ที่.....11...../2558 วันที่ 9 มกราคม 2558

เรื่อง ขออนุญาตเข้าอบรมหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องประกาศนียบัตรเฉพาะทาง
สาขาการแพทย์โฮมีโอพาธี
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แผนกข้อมติประชาสัมพันธ์หลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องประกาศนียบัตรเฉพาะทาง สาขาการแพทย์โฮมีโอพาธี จำนวน 1 ฉบับ
 2. ใบสมัครหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องประกาศนียบัตรเฉพาะทางสาขาการแพทย์โฮมีโอพาธี จำนวน 1 ฉบับ

ตามที่ สมาคมโฮมีโอพาธีแห่งประเทศไทย ร่วมกับวิทยาลัยการแพทย์แผนตะวันออก คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต และ Belgian School of Homeopathy ได้จัดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง ประกาศนียบัตรเฉพาะทาง สาขาการแพทย์โฮมีโอพาธี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพให้สามารถประยุกต์องค์ความรู้สาขาการแพทย์โฮมีโอพาธีไปใช้ในการป้องกันและบำบัดโรค และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรสุขภาพที่สนใจเข้าอบรมหลักสูตรฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
- เพื่อไปขอความเห็นชอบ.....
เห็นชอบ (แจ้ง รพ.ทุกแห่ง ทบ).....

ขอแสดงความนับถือ

ศุภารัตน์ วงษ์ยศ
นักวิชาการสาธารณสุข
๒๗ ๑.๑ ๕๘

(ลงชื่อ)
(ศาสตราจารย์นายแพทย์อมร เปรมกมล)
นายกสมาคมโฮมีโอพาธีแห่งประเทศไทย

(นายสมจิตร มัทจันทร์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

Handwritten signature