



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่..... 3574
 วันที่ 13 มิ.ย. 2558
 เวลา..... 13:20

ที่ ขก ๐๐๓๒.๑/ว ๗๗๒๐

โรงพยาบาลขอนแก่น

ถนนศรีจันทร์ ขก ๔๐๐๐๐
 งานพัฒนาบุคลากรและคุณภาพองค์กร
 รับเลขที่..... ๘๗๐
 วันที่..... 3, 6 มิ.ย. 2558
 เวลา.....

๒๓ เมษายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอความร่วมมือจัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการการให้การดูแลผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินขั้นสูง (KATEC : Khon kaen Advance Trauma and Emergency Care)” รุ่นที่ ๖ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. กำหนดการอบรม / ใบสมัครลงทะเบียน จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับการคัดเลือกให้เป็น Trauma excellence center ดังนั้น จึงต้องมีแผนพัฒนาบุคลากร ซึ่งถือว่าคนเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับองค์กรนั้น ๆ ตัวชี้วัดความสำเร็จอย่างยั่งยืนขององค์กรอยู่ที่คุณภาพของคน ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด ได้จัดอบรมโครงการ “การให้การดูแลผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินขั้นสูง (KATEC : Khon kaen Advance Trauma and Emergency Care)” รุ่นที่ ๖ ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ ๑๗ - ๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๘ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม สุจินต์ผลาภกรกุล ชั้น ๓ อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ และเพิ่มพูนทักษะให้กับแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บป่วยฉุกเฉินให้พ้นภาวะวิกฤต รวมทั้งเป็นการเพิ่มความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สามารถลดอัตราการตาย และความพิการที่ไม่สมควรลงได้ กลุ่มเป้าหมาย แพทย์ทั่วประเทศ จำนวน ๓๐ คน

ในการนี้ โรงพยาบาลขอนแก่น ขอความร่วมมือจากท่านส่งบุคลากรในสังกัดของท่านเข้ารับการอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ชำระเงินค่าลงทะเบียน คนละ ๓,๐๐๐ บาท โดยโอนเงิน ชื่อบัญชี เงินบริจาคมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น ธนาคารกรุงไทย สาขาศรีจันทร์ บัญชีออมทรัพย์ บัญชีเลขที่ ๔๓๗-๐-๕๗๘๒๘-๐ และเบิกค่าที่พัก ค่าพาหนะเดินทาง ค่าลงทะเบียน จากต้นสังกัด กรุณาส่งใบสมัครลงทะเบียน ไปยัง ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ๕๖ ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐ โทร./โทรสาร ๐๔๓-๓๓๗๙๕๕ หรือทาง E-mail Kmtrauma@gmail.com ผู้ประสานงานโครงการ คุณวันเพ็ญ เพ็ญศิริ โทรศัพท์ ๐๘๔-๔๘๑๙๑๓๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 - พิศิโธสาร
 - ไม้จันทร์แดง สม.ทุกาเนอ/กลุ่มงานป้องกัน

 ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด

ขอแสดงความนับถือ

(นายธรรมบุญ วิสุทธิธรรมวรช)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น (นายสมจิตร หักจันทร์)

-๒๕๖๖-