



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่..... 4/02
 วันที่..... 20 พ.ค. 2558
 เวลา..... 10.21

โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๔๐๒/๑ ม.๕ ตำบลเขาทอง อำเภอพยุหะคีรี

จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๑๓๐

โทร.๐๘๘-๒๑๘๖๘๘๔

ที่ สร ๐๕๑๗.๐๑๑๘ / ๐๕๖

วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ส่งผู้เข้าอบรมการดูแลหลังคลอดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สำเนาส่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายจังหวัดอุทัยธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครอบรม

ด้วยโครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ดำเนินการจัดอบรมการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ในวันที่ ๒๒-๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘ ณ อาคารกลางน้ำโครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ ต. เขาทอง อ. พยุหะคีรี จ. นครสวรรค์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความรู้ทางการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย แม้ว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก แต่การดูแลสุขภาพของคนในสังคมไทยยังอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมไทยมีการสืบทอดกันมา ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยกลับมาได้รับความนิยมมากขึ้น ทำให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนนำการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมาปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย การใช้ศาสตร์แพทย์แผนไทยนั้นต้องมีความรู้ ความสามารถที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ จึงจัดให้มีการอบรมขึ้นเพื่อให้บุคคลากรหน่วยงานของรัฐและประชาชนสนใจเข้าอบรมเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติดูแลหญิงหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้โครงการจัดตั้งฯ จึงขอความอนุเคราะห์หน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์รื้ออบรมการดูแลหลังคลอดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย และส่งผู้เข้าอบรมตามวันและสถานที่ ดังกล่าวข้างต้น

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

- เพื่อโปรดทราบ.....

เห็นควร. (เชิง รท. กนกพงศ์ / ส.ส. กนกพงศ์)

.....

 สุภารัตน์ วงษ์ยศ
 นักวิชาการสาธารณสุข
 (๒๐ พ.ค. ๕๘)

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(แพทย์หญิงมนทกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์)

ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายโครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์

(Signature)
(Signature)

ผู้ประสานงาน นางพิมพ์ชนก ศรีศิริวัฒน์ ๐๘๘-๒๑๘๖๘๘๔ (นายปรารภนา ประสงค์ดี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน รักษาราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

(Signature)

ใบสมัคร

โครงการอบรมการดูแลหลังคลอดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๘

ณ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์มหาวิทยาลัยมหิดล จ.นครสวรรค์

ชื่อองค์กร/หน่วยงาน.....

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....E-mail.....

ประเภทอาหาร ธรรมดา อิสลาม มังสวิรัติ

๑. มีความประสงค์ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการอบรม

๒. อัตราค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท รวมค่าอาหารกลางวันพร้อมอาหารว่าง

สามารถเบิกค่าลงทะเบียนจากต้นสังกัดได้

หมายเหตุ กรุณาส่งใบสมัครและแจ้งความจำนงที่จะเข้ารับการอบรม ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
จนถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๘(ระยะเวลาอบรม วันที่ ๒๒-๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๘)

หากผู้สมัครท่านใดสนใจโปรดใช้แบบฟอร์มนี้ถ่ายเอกสารได้

สอบถามเพิ่มเติม

งานคลินิกแพทย์แผนไทยประยุกต์ มหิดลนครสวรรค์ เบอร์โทร. ๐๘๘-๒๓๖๖๘๘๔ ในเวลา

ราชการ

เอกสารประกอบใบสมัคร - รูปถ่าย ๒ นิ้ว ๒ รูป

- ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชน อย่างละ ๑ ฉบับ

- วุฒิการศึกษา ๑ ฉบับ