



ชมรมผู้ช่วยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
 THE DENTAL ASSISTANT SOCIETY OF THAILAND, THE DENTAL PUBLIC HEALTH OFFICIALS CLUB
 รับเลขที่.....๕๒๐/๘ สำนักงาน ศูนย์กีฬาและนันทนาการ ชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 วันที่.....เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐ โทร. ๐๘๑-๘๐๙๗๒๖๙ โทรสาร (๐๒) ๕๖๑-๒๖๙๐
 เวลา..... E-mail::dentalassistantthailand@hotmail.com

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่..... 7825
 ก.ย. 2558
 วันที่..... 11/10
 เวลา.....

ที่ ผขทพ ๒๔๙ / ๒๕๕๘

๔ กันยายน ๒๕๕๘

- เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘
 เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการกอง / โรงพยาบาล / สถาบัน / สำนักและศูนย์ต่าง ๆ
 สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
 ๒. กำหนดการ
 ๓. ใบลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการ
 ๔. ใบสมัครสำรองห้องพักโรงแรม

ด้วยชมรมผู้ช่วยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย และชมรมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขแห่งประเทศไทยได้กำหนดจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถในการพัฒนาความรู้ความสามารถทันตบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ เรื่อง “เครื่องมืออุปกรณ์ทางทันตกรรมดูแลรักษา อย่างไร ให้พร้อมใช้เสมอ” เพื่อเป็นเวทีเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ จุดประกายแนวทางให้แก่บุคลากรสายวิชาชีพ ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ช่างทันตกรรม ทันตบุคลากรอื่น สังกัดกระทรวงสาธารณสุข, สังกัดสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ทันตบุคลากรทุกระดับ และผู้สนใจหน่วยงานอื่น ๆ ทั้ง ภาครัฐและเอกชน จำนวน ๒๕๐ - ๓๐๐ คน มีกำหนดการประชุมทั้งหมด ๓ วัน ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ณ ห้องประกายเพชร โรงแรมไดมอนด์พลาซ่า จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ชมรมผู้ช่วยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย และ ชมรมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ร่วมกับกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พิจารณาการดำเนินการจัดการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แห่งชาติ ใน จัดการเรื่องเครื่องมือทันตกรรม พร้อมใช้ เพื่อทันตบุคลากรผู้สนใจ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการและส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการ ดังรายละเอียดในเอกสารแนบท้าย ในวันเวลาดังกล่าว โดยเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามระเบียบของทางราชการต้นสังกัด และตามระเบียบกระทรวงการคลังที่ กค.๐๔๐๙.๖/ว.๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ ว่าด้วยการลงทะเบียนประชุมสัมมนา โดยไม่ถือเป็นวันลาเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา รับสมัครตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ และขอให้สำรองห้องพักโดยตรงกับทางโรงแรม ตามเอกสารการสำรองห้องพัก สอบถามรายละเอียดได้ที่ฝ่ายสื่อสารองค์กร นางสาวอรุณี ทองล้อม โทร ๐๘๖ - ๙๗๐-๐๘๑๗ ติดต่อสื่อสารทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่: maiaddress:dentalassistantthailand@hotmail.com Aruneemaew๑๙@gmail.com หรือ b_manoon@yahoo.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งเวียนและประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการ ในครั้งนี้ให้บุคลากรในสังกัดและผู้สนใจทราบต่อไปขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 - เพื่อโปรดทราบ
 - เห็นควร ประชาสัมพันธ์

ดิฉันหม...
> Ah ...
9 ๑๐ ๑๖

ขอแสดงความนับถือ
 Nam Sualell
 (นายมนูญ บำรุงจิตร์)

(นางสาววิชรินทร์ เบญจศิริ)
 (นางสาวนิตา กิตติกรยศศักดิ์) ประธานชมรมผู้ช่วยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
 ชมรมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
 นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา รักษาราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ที่ ๓๓๓

กำหนดการ

ประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘

เรื่อง “เครื่องมืออุปกรณ์ทันตกรรม คุณแลรักษา อย่างไรให้พร้อมใช้เสมอ”

วันที่ ๒๕-๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

ณ. ห้องประกายเพชร โรงแรมโดมอนด์พลาซ่า จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

- | | |
|---------------------|---|
| เวลา ๐๘.๐๐-๐๘.๓๐ น. | นำเข้าสู่การประชุม “Happy life Happy time at SurajThanee”
โดย อาจารย์เดือนเต็ม ชื่นจิตร |
| เวลา ๐๘.๓๐-๐๙.๐๐ น. | พิธีเปิดการประชุม
โดย ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี |
| เวลา ๐๙.๐๐-๑๐.๐๐ น. | การบรรยายเรื่อง “จุดพลัง ภายใน เพื่อความท้าทาย ในการจัดการเครื่องมือทันตกรรม”
โดย อาจารย์ทันตแพทย์เวียงชัย กอสุราษฎร์
หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| เวลา ๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น. | การบรรยาย เรื่อง “แนใจนะ. ดำเนินการจัดการเรื่อง การจัดซื้อ เครื่องมือทันตกรรม”
โดย. อาจารย์ทันตแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี |
| เวลา ๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น. | การบรรยาย “ก้าวอย่างไร ให้ทันเพื่อน ทันโลก”
โดย ดร. แดน มอร์ดิน |
| เวลา ๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น. | Check - list วัสดุทันตกรรม แนวใหม่ ๒๐๑๕
โดย อาจารย์ ทันตแพทย์ ด้านวัสดุภัณฑ์ บริษัท ๓ M ประเทศไทย จำกัด |

วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

- | | |
|---------------------|--|
| เวลา ๐๘.๓๐-๑๐.๓๐ น. | การบรรยายเรื่อง “วิธีการดูแลรักษาเครื่องมือทันตกรรมทั่วไป ให้สะดวกใช้”
โดย วิศวกร ช่อมบำรุง ด้านเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| เวลา ๑๐.๓๐-๑๒.๐๐ น. | การบรรยายเรื่อง “หัวกรอฟัน ดูแลรักษาอย่างไร ให้พร้อมใช้งาน”
โดย วิศวกร ช่อมบำรุง ด้านเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี |
| เวลา ๑๓.๐๐-๑๔.๓๐ น. | การบรรยายเรื่อง “เรื่องไม่เป็น เรื่อง ทันตบุคลากร ป้องกัน อย่างไร”
โดย ดร. ทันตแพทย์ อตินันท์ พรหมพันธุ์ใจ |
| เวลา ๑๔.๓๐-๑๖.๐๐ น. | การบรรยายเรื่อง “ค่านิยม Value สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพ”
โดย ดร. ทันตแพทย์ อตินันท์ พรหมพันธุ์ใจ |

วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เวลา ๐๘.๓๐-๐๙.๓๐ น.	การบรรยาย “ยูนิคทำฟัน มีอะไรที่ต้องรู้ ให้ใช้งานได้ทันที” โดย หน่วยบริการซ่อมบำรุง บริษัท เอ็มมีเนนท์ จำกัด
เวลา ๐๙.๓๐-๑๐.๓๐ น.	เสวนา กลุ่ม “แนวทางการการดูแลรักษาเครื่องมือประจำวัน” โดย กลุ่มตัวแทน ทันตกรรม ๔ ภาค
เวลา ๑๐.๓๐-๑๒.๐๐ น.	การบรรยายเรื่อง “หลากหลายมุมมอง เครื่องมือพร้อม ปลอดภัย” โดย ดร. ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ กรมควบคุมโรค
เวลา ๑๓.๐๐-๑๕.๐๐ น.	เสวนา กลุ่ม “แนวทางการการดูแลรักษาเครื่องมือประจำวัน” โดย ทีมผู้ปฏิบัติงานทันตกรรม คณะทันตแพทย์ ๗ มหาวิทยาลัย อาจารย์มณูญ บำรุงจิตร ผู้ดำเนินการเสวนา
เวลา ๑๕.๐๐-๑๖.๐๐ น.	อภิปราย ชักถาม ประเมินผลการประชุม
เวลา ๑๖.๐๐ น.	ปิดการประชุม

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา ๑๐.๓๐น. และ เวลา ๑๔.๓๐ น. หน้าห้องประชุม
พักรับประทานอาหารกลางวันเวลา เวลา ๑๒.๐๐-๑๓.๐๐ น.

ใบสมัครลงทะเบียน

ประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

เรื่อง “เครื่องมืออุปกรณ์ทางทันตกรรม ดูแลรักษา แก้ไข อย่างไร ให้พร้อมใช้เสมอ”

วันที่ ๒๕ - ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

ณ ห้องประกายเพชร โรงแรมโดมอนด์พลาซ่า อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

รายละเอียดผู้เข้าร่วมประชุม (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ชัดเจน ด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์)
ชื่อ-นามสกุล (นาย, นาง, นางสาว)

.....
.....

ตำแหน่ง () เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข () ผู้ช่วยทันตแพทย์ () อื่นๆระบุตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....

email.....

อาหาร () ธรรมดา () มุสลิม () มังสวิรัต

วิธีการชำระเงิน (ค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๔๐๐ บาท)

() โอนเงินเข้าบัญชี ออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาโรงพยาบาลราชวิถี

ชื่อบัญชี “ลงทะเบียนประชุมวิชาการ ชมรมผู้ช่วยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย”

เลขที่บัญชี 051-267301-4

(กรุณาส่ง Fax หรือ เมล์ ใบโอนเงินและใบสมัครมายัง ชมรมฯ โทรสาร ๐๒-๕๖๑-๒๖๙๐

ส่งมาทาง อีเมลล์ b_manoon@yahoo.com , aruneemaew๑๙@gmail.com

ปิดรับสมัคร วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ทางชมรมฯ ขอสงวนสิทธิในการรับลงทะเบียน หากมีผู้เข้าร่วมประชุม ครบ

ตามจำนวนที่กำหนด ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน การลงทะเบียนจะสมบูรณ์ ต่อเมื่อทางคณะกรรมการผู้จัดประชุม ได้รับ

ใบสมัครพร้อมหลักฐานการชำระเงินหรือ (สำเนาใบโอนเงิน) สอบถามข้อมูลได้ที่ ฝ่ายสื่อสารองค์กร **คุณอรุณี ทองล้อม**

มือถือ ๐๘๖-๙๗๐๐๘๑๗ หรือ ๐๘๑-๘๐๙๗๒๖๙



โรงแรมไดมอนด์พลาซ่า (สุราษฎร์ธานี)
DIAMOND PLAZA HOTEL (SURATTHANI)

แบบฟอร์มสำรองห้องพัก

โรงแรมไดมอนด์ พลาซ่า สุราษฎร์ธานี

ชมรมผู้ช่วยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ชมรมเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

จัดงาน วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ - วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

๑. ชื่อ - สกุลมือถือ.....

ที่ทำงาน.....

พักคู่กับ ชื่อ - สกุลมือถือ.....

ที่ทำงาน

เข้าพักวันที่.....ออกวันที่.....

๒. ชื่อ - สกุลมือถือ.....

ที่ทำงาน.....

พักคู่กับ ชื่อ - สกุลมือถือ.....

ที่ทำงาน

เข้าพักวันที่.....ออกวันที่.....

<input type="checkbox"/>	ห้องห้องพักคู่	ราคา ๑,๑๐๐.- บาทสุทธิ	จำนวน.....ห้อง
<input type="checkbox"/>	ห้องห้องพักเดี่ยว	ราคา ๑,๑๐๐.- บาทสุทธิ	จำนวน.....ห้อง

เพื่อประโยชน์ในการใช้สิทธิเข้าพักของท่าน

๑.โรงแรมจะสำรองห้องพักสำหรับผู้ชำระเงินล่วงหน้า ๑ คืนแรก โดยชำระเงินผ่านบัญชี

ธนาคารกรุงไทย สาขาศรีวิชัย เลขที่บัญชี ๘๒๗-๑-๒๘๑๗๓-๙ ชื่อบัญชี บริษัท หาดทอง (หาดใหญ่) จำกัด

๒. โปรดส่งใบจองห้องพัก และ ส่งสำเนาการโอนเงิน มาที่ คุณจรัสศรี ทาง โทรสาร ๐๗๗-๒๗๗๒๘๘

โทรศัพท์ ๐๗๗-๒๗๗๒๙๙ ต่อ ฝ่ายสำรองห้องพัก

๓. โปรดสำรองห้องพัก ก่อนวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

หมายเหตุ

กรุณา เขียน ชื่อ นามสกุล ให้ชัดเจน ตัวบรรจง พร้อม เบอร์มือถือ ของตนเอง และของคู่พัก เพื่อสะดวกในการติดต่อกลับ โปรดเก็บหลักฐานตัวจริง ไว้ยืนยัน ก่อน Check in กับ ทางโรงแรม ด้วย