



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่..... 8645
 วันที่..... 7 ต.ค. 2558
 เวลา..... 13.30

ที่ พม ๐๕๐๓/๒๕๖

ถึง ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ มหาวิทยาลัย และองค์กรมหาชน

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดจัดอบรมเตรียมตัวก่อนเกษียณบุคลากรภาครัฐ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ประจำปี ๒๕๕๘ ตามโครงการเตรียมความพร้อมประชากรผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรภาครัฐมีความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อม เข้าสู่วัยสูงอายุในด้านต่างๆ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ จำนวน ๖ รุ่น ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ดังนี้

- รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๕ มกราคม ๒๕๕๘
- รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๙ มกราคม ๒๕๕๘
- รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘
- รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ - ๔ มีนาคม ๒๕๕๘
- รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๗ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๘
- รุ่นที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๓๐ พฤษภาคม - ๓ มิถุนายน ๒๕๕๘

กรมกิจการผู้สูงอายุ จึงขอเรียนเชิญหน่วยงานท่านจัดส่งบุคลากร อายุระหว่าง ๕๐ - ๖๐ ปี เข้าร่วมอบรมดังกล่าวโดยมีค่าลงทะเบียนคนละ ๗,๘๔๘ บาท ซึ่งสามารถเบิกจ่ายจากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้และขอความกรุณาส่งแบบแสดงความจำนงเข้าร่วมสัมมนาทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๖๒๘ ๓๘๔๐, ๐๓๖ ๗๒๐ ๖๐๖, ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓ หรือทางอีเมล preparedness_ageing@dop.mail.go.th, kriroek@hotmail.com ภายในวันและเวลาที่กำหนดแต่ละรุ่นด้วยจักขอบคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 - เพื่อโปรดทราบ.....
 เห็นควร... 1/10/2558/วช พ.ว

ศุภรัตน์ วงษ์ยศ
 นักวิชาการสาธารณสุข
 พ ๓.๑. ๕๘



กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ
 โทร./โทรสาร ๐ ๒๖๒๘ ๓๘๔๐, ๐๓๖ ๗๒๐ ๖๐๖

(นายปรารถนา ประสงค์ดี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน ปฏิบัติราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑/

แบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา
โครงการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุบุคลากรภาครัฐ ประจำปี ๒๕๕๙
ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอหมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิด/เดือน/ปีเกิด.....

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....

กระทรวง.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

รุ่นที่ต้องการเข้าร่วมสัมมนา

รุ่นที่ ๑ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๕ มกราคม ๒๕๕๙
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๕๘

รุ่นที่ ๒ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๙ มกราคม ๒๕๕๙
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๙

รุ่นที่ ๓ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

รุ่นที่ ๔ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ - ๔ มีนาคม ๒๕๕๙
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

รุ่นที่ ๕ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๗ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๙
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

รุ่นที่ ๖ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๓๐ พฤษภาคม - ๓ มิถุนายน ๒๕๕๙
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๕๙

กรุณาโอนเงินก่อนวันเดินทางในแต่ละรุ่นอย่างน้อย ๑๐ วันทำการ ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

ชื่อหน่วยงาน โปรดระบุ.....

ชื่อบุคคล โปรดระบุ.....

อื่นๆ โปรดระบุ

โรคประจำตัว.....กรุปเลือด.....แพ้ยา.....

ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....

เกี่ยวข้องกับ.....

การเดินทาง

เดินทางไปกับรถที่ทางศูนย์ฯ จัดให้ เดินทางไปด้วยตนเอง

การจองห้องพัก

พักเดี่ยว (ค่าใช้จ่ายส่วนเกินผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบเองโดยชำระกับทางศูนย์ฯ มิชชั่น

อัตราคืนละ ๗๐๐ บาท/คน

พักคู่

กรณีพักคู่ ท่านมีความประสงค์

ให้ศูนย์ฯ จัดคู่พักให้

ขอพักคู่กับ.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลเพิ่มเติม

๑. ลงทะเบียนวันเดินทาง ณ บริเวณอาคารอำนวยการชั้น ๑ โรงพยาบาลมิชชั่น ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพฯ ระหว่างเวลา ๑๐.๓๐-๑๒.๓๐ น. ผู้ประสานงานคุณเฟริน โทรศัพท์ ๐๘๐ ๐๐๓ ๘๗๗๖ ๐๕๖-๗๕๙ ๑๕๑๒

๒. กรณีเดินทางไปกลับศูนย์ฯ มิชชั่นจัดให้มีรถบริการ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ออกจากโรงพยาบาล มิชชั่น เวลาประมาณ ๑๒.๓๐ น.

๓. การจัดที่พักจะจัดให้พักคู่ (ค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่าลงทะเบียน) กรณีประสงค์จะพักเดี่ยว (หากมีจำนวนห้องเพียงพอ) ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง โดยไม่สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบการฝึกอบรมฯ หรือการเดินทางไปราชการเนื่องจากโครงการสัมมนาฯ เป็นการตกลงค่าใช้จ่ายเป็นกรณีพิเศษกับกรมบัญชีกลาง

๔. อาหารและอาหารว่าง เป็นอาหารมังสวิรัต เครื่องดื่มเป็นเครื่องดื่มสมุนไพร ไม่มีชา กาแฟ

๕. กรุณาเตรียมของใช้ส่วนตัว ชุดออกกำลังกาย ชุดว่ายน้ำ รองเท้าผ้าใบ ยาประจำตัวไปด้วย

๖. ใบเสร็จค่าลงทะเบียน จะนำไปให้ที่โรงพยาบาลมิชชั่นในวันเดินทาง

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา และสำเนาการโอนเงินค่าลงทะเบียนทางโทรสาร พร้อมระบุชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาและรุ่น/วันที่เข้าร่วมอบรมให้ชัดเจนและถูกต้อง ที่หมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙, ๐ ๒๖๒๘ ๓๘๔๐, ๐๓๖ ๗๒๐ ๖๐๖, ๐๓๖ ๗๒๐ ๖๐๐-๓, ๐๓๖ ๗๒๐ ๖๐๔ หรือโทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๗๕๙ ๑๕๑๒ และ ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓ ภายในเวลาที่กำหนดไว้ในแต่ละรุ่น

กรุณาโอนเงินค่าลงทะเบียน ก่อนวันสัมมนาวันแรกของแต่ละรุ่นอย่างน้อย ๗ วัน เข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขานนทบุรีชื่อยุทธยา ชื่อบัญชี เงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของ กรมกิจการผู้สูงอายุ เลขที่บัญชี ๐๑๓-๖-๑๑๓๓๕-๔ (ออมทรัพย์) และส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่กรมกิจการผู้สูงอายุ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙, ๐ ๒๖๒๘ ๓๘๔๐, ๐๓๖ ๗๒๐ ๖๐๖, ๐๓๖ ๗๒๐ ๖๐๐-๓, ๐๓๖ ๗๒๐ ๖๐๔ หรือโทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๗๕๙ ๑๕๑๒ และ ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓ หรือทางอีเมล preparedness_ageing@dop.mail.go.th, kriroek@hotmail.com กรณีที่ชำระค่าลงทะเบียนแล้วแต่มีเหตุจำเป็นไม่สามารถเข้าร่วมสัมมนาได้ ขอให้หนังสือจากหน่วยงานต้นสังกัดถึง อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ ทราบล่วงหน้า ก่อนวันสัมมนาอย่างน้อย ๗ วันทำการ พันกำหนดนี้ ขอสงวนสิทธิการคืนเงินในทุกกรณี
ผู้ประสานงานโครงการ : น.ส. ไกรฤกษ์ ฤกษ์ดี

โปรแกรมสุขภาพชุมชน ที่ภาคกลาง

ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี

พลาซ่าสุขภาพชุมชน



กลางวัน (Sun)	กลางคืน (Moon)
05.00 u.	13.00 u.
06.00 - 07.00 u.	16.00 - 18.00 u.
07.00 - 08.00 u.	18.00 - 19.00 u.
08.30 - 09.00 u.	19.00 - 20.30 u.

05.00 u. กิจกรรมตอนเช้า (Morning Call)
 05.15 - 06.00 u. เยาวชนออกกำลังกาย, เล่นกีฬา, ฝึกความแข็งแรง, ฝึกทักษะ
 06.00 - 07.00 u. ฝึกภาษา (อังกฤษ + อนุบาล)
 07.00 - 08.00 u. รับประทานอาหารเสริม/ ฝึกสมาธิ/ ฝึกทักษะ
 08.30 - 09.00 u. กิจกรรมเสริมทักษะ/ ฝึกสมาธิ/ ฝึกทักษะ
 09.00 - 12.00 u. กิจกรรมเสริมทักษะ/ ฝึกสมาธิ/ ฝึกทักษะ
 12.00 - 13.00 u. รับประทานอาหารกลางวัน/ ฝึกสมาธิ/ ฝึกทักษะ
 13.30 u. พักผ่อน
 13.30 - 15.00 u. กิจกรรมเสริมทักษะ/ ฝึกสมาธิ/ ฝึกทักษะ
 15.00 - 16.00 u. รับประทานอาหารเสริม/ ฝึกสมาธิ/ ฝึกทักษะ
 16.00 - 18.00 u. กิจกรรมเสริมทักษะ/ ฝึกสมาธิ/ ฝึกทักษะ
 18.00 - 19.00 u. รับประทานอาหารเสริม/ ฝึกสมาธิ/ ฝึกทักษะ
 19.00 - 20.30 u. กิจกรรมตอนเย็น

