



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่... 9210
 วันที่... 2.6 พ.ค. 2558
 เวลา... 13.51

ที่ สธ ๐๘๐๗.๑๗/ ก ๕๒๗๐

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
 เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/โรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์/กลุ่มงานในสังกัดหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
 สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลศรีธัญญา จะจัดโครงการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในงาน ด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน สามารถให้บริการทางการแพทย์ด้าน General Psychiatry ได้ทั้ง ๔ มิติ ครอบคลุมอย่างต่อเนื่องและสามารถให้ประชาชนตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้โรงพยาบาลศรีธัญญา จึงขอเรียนเชิญแพทย์ที่สนใจเข้ารับการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งการอบรมนี้แบ่งออกเป็น ๕ ระยะเวลา คือ ระยะเวลาที่ ๑ หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๕ มกราคม ๒๕๕๘ ระยะเวลาที่ ๒ หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๒๙ มกราคม ๒๕๕๘ ระยะเวลาที่ ๓ หมวดวิชา Mental health problem in community ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ระยะเวลาที่ ๔ หมวดวิชา Prevention and Promotion ระหว่างวันที่ ๙ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๘ ระยะเวลาที่ ๕ หมวดวิชา Psychiatry in Health Service ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๘ ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชนสู่เครือข่าย วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๘ และประชุมเชิงปฏิบัติการ สรุปประเมินผลโครงการอบรมแพทย์ฯ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๔ โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร ๑๖,๐๐๐ บาท ชำระค่าใช้จ่ายโดยการโอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี "ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรม ของโรงพยาบาลศรีธัญญา" ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๑๓๐-๐-๑๒๘๑๗-๘ และส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ มาที่โทรสารหมายเลข ๐-๒๕๒๘- ๗๘๒๐ ภายในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ โดยผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าเบี้ยเลี้ยง จากงบประมาณต้นสังกัดได้ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ที่ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดการและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และเดินทางมาอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ตามวัน เวลา ที่กำหนด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 - เพื่อโปรดทราบ.....
 เห็นควร... 1 ครั้ง 10 ก.ค. 1 แห่ง ๑๕๗

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ จิตติลภรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

ผู้การพิเศษ
 ๗ พ.ค. ๕๘
 นักวิชาการสาธารณสุข
 ๒ พ.ค. ๕๘

ฝ่ายฝึกอบรม
 โทร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๐๐ ต่อ ๕๗๑๓๗, ๕๗๑๓๘
 โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๒๐
 E-mail address: tesrithanya@gmail.com
 ผู้รับผิดชอบ นางชีวันท์ เครืออนันต์

- ๕๖๐.
 ๒ พ.ค. ๕๘
 (นายสมจิตร ทัดจันทร์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๘

ใบสมัครโครงการอบรมแพทย์ ประจำปี 2559

เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

รายละเอียดการอบรม การอบรมนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1	หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน	ระหว่างวันที่ 12 - 15 มกราคม 2559
ระยะที่ 2	หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness	ระหว่างวันที่ 27 - 29 มกราคม 2559
ระยะที่ 3	หมวดวิชา Mental health problem in community	ระหว่างวันที่ 17 - 19 กุมภาพันธ์ 2559
ระยะที่ 4	หมวดวิชา Prevention and Promotion	ระหว่างวันที่ 9 - 11 มีนาคม 2559
ระยะที่ 5	หมวดวิชา Psychiatry in Health Service	ระหว่างวันที่ 23 - 25 มีนาคม 2559
ประชุมเชิงปฏิบัติการ	เรื่องการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชนสู่เครือข่าย	วันที่ 3 มิถุนายน 2559
ประชุมเชิงปฏิบัติการ	สรุปประเมินผลโครงการอบรมแพทย์ฯ	วันที่ 1 กรกฎาคม 2559

ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว ตึกอำนวยการ ชั้น 4 โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

ค่าลงทะเบียน

ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร **16,000** บาท (หนึ่งหมื่นหกพันบาทถ้วน)

โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี **“ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลศรีธัญญา”**
ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ **130-0-12817-8**

ข้อมูลผู้สมัคร

โปรดกรอกข้อมูลให้
ครบถ้วนด้วย
ตัวบรรจง ส่งใบสมัคร
พร้อมหลักฐาน
การโอนเงินทาง
โทรสารที่หมายเลข
02 528 7820

- ▶ ชื่อ - นามสกุล
- ▶ ตำแหน่ง
- ▶ ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อายุ
- ▶ สถานที่ทำงาน (ใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)
ชื่อหน่วยงาน.....
เลขที่ หมู่ ถนน แขวง/ตำบล
- ▶ เขต/อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- ▶ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ที่ทำงาน
- โทรสาร
- Email

ลงชื่อผู้สมัคร

▶ ลายเซ็น วันที่

กรุณาส่งแบบฟอร์มพร้อมหลักฐานการโอนเงิน ภายในวันที่ **18 ธันวาคม 2558**

ติดตามข่าวสารเพิ่มเติมได้ที่  "Training Sripathana Hospital" และ www.sripathana.co.th

ผู้ประสานงานโครงการฯ : นางชีวันนัท เครืออนันต์ โทร. **081-372-7086**

รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการสมัครสอบ เว็บไซต์แพทยสภา www.tmc.or.th