กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่ 166
วันที่ 26 ม.ค. 2559
เวลา 16.09 น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ 738
วันที่ 26 ม.ค. 2559
เวลา 15.05

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพุทธมณฑล สาย ๔ ต.ศาลายา
อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทร. ๐ ๒๔๔๑ ๙๐๔๐ - ๓ โทรสาร ๐ ๒๔๔๑ ๙๐๔๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๑๘/ ๒๒
วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๕๙
เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์หลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น ประจำปี ๒๕๕๙

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย หลักสูตรฝึกอบรม ประจำปี ๒๕๕๙

ด้วยสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขมากกว่า ๓ ทศวรรษ ซึ่งในปี ๒๕๕๙ สถาบันฯ ได้จัดหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้น เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านต่าง ๆ อาทิ การประยุกต์ใช้สถิติในงานวิจัย, การเขียนผลงานวิจัย, การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R), การจัดการความรู้ (KM), การเป็นวิทยากรกระบวนการ, เทคนิคการนำเสนอผลงานวิชาการแบบมืออาชีพ, เทคนิคการพัฒนาศักยภาพคนทำงานด้วยการคิดบวกและสร้างสรรค์, การสื่อสารเชิงบวกกับการบริหารองค์กรอย่างมืออาชีพ ฯลฯ ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ และสามารถดูเพิ่มเติมได้ www.aihd.mahidol.ac.th

ในการนี้ สถาบันฯ พิจารณาแล้วเห็นว่าหลักสูตรดังกล่าว จะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานของท่าน จึงขอความอนุเคราะห์ให้ท่านโปรดประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่าน เข้ารับการฝึกอบรม โดยสามารถเบิกค่าลงทะเบียน และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ตามหนังสือที่ กค ๐๔๐๙.๗/ว ๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙

สถาบันฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.สุภา เพ่งพิศ)
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
- เพื่อโปรดทราบ.....
เห็นควร.....แจ้งประชาสัมพันธ์.....
.....
.....
สุภารัตน์ วงษ์ยศ
นักวิชาการสาธารณสุข
๒๗ ม.ค. ๕๙

(นายสุชิน คันศร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ประสานงาน งานบริการวิชาการ โทร. ๐ ๒๔๔๑ ๙๘๗๑, ๐ ๒๔๔๑ ๙๐๔๐ - ๗ ต่อ ๓๘, ๖๖
E-mail: aihdtr@gmail.com www.aihd.mahidol.ac.th/ISC

(สามารถทำสำเนาได้)

ใบสมัครเข้ารับการอบรม (Application Form)

ชื่อหลักสูตรที่ต้องการอบรม .....

วันที่อบรม .....

รายละเอียดของผู้เข้ารับการอบรม (กรุณาพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง ให้ชัดเจน และถูกต้อง เพื่อใช้ในการออกใบรับรองการอบรม)

1. ชื่อ - สกุล ..... อายุ.....ปี
2. วุฒิการศึกษาสูงสุด .....
3. สถานะการทำงาน ☐ ทำงาน ☐ กำลังศึกษา ระดับ.....สถานศึกษา.....
   ☐ ตำแหน่ง ..... ☐ ตำแหน่งทางวิชาการ .....
4. ประเภทของหน่วยงาน
   ☐ หน่วยงานราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ ☐ ราชการส่วนท้องถิ่น ☐ องค์กรเอกชน ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....
5. ชื่อหน่วยงาน.....เลขที่..... ถนน .....
   หมู่ ..... ตำบล ..... อำเภอ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
6. เบอร์โทรศัพท์มือถือ ..... เบอร์โทรศัพท์สำนักงาน .....
   โทรสาร ..... E-mail: .....
7. ประเภทอาหารที่รับประทาน ☐ ปกติ ☐ มังสวิรัติ ☐ เจ ☐ ฮาลาล
8. ใบเสร็จรับเงินให้ออกในนาม (โปรดระบุให้ชัดเจน) .....

ท่านทราบข้อมูลการอบรมจากแหล่งใด

☐ Website ☐ Facebook ☐ จดหมาย ☐ e-mail ☐ แผ่นป้าย ปชส.

☐ แผ่นพับ ☐ หน่วยงานของท่าน ☐ มีผู้แนะนำ ☐ อื่นๆ.....

สิ่งที่ท่านคาดหวังจากการอบรมในครั้งนี้

.....

.....

การชำระเงิน กรุณาโอนค่าลงทะเบียนล่วงหน้าก่อนวันอบรม อย่างน้อย 7 วัน

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยมหิดล บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 333-2-10377-6

ชื่อบัญชี "สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล"

การยืนยันการชำระเงิน ส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงิน ระบุชื่อท่าน และหลักสูตรที่เข้าอบรม

ผ่านทางโทรสาร 0-2441-9871 หรือ E-mail: aihdtr@gmail.com

การยกเลิก กรณีที่ผู้สมัครไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้กรุณาหาคนแทน หรือแจ้งยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนวันอบรมอย่างน้อย 5 วัน

สมัครและสอบถามเพิ่มเติม งานบริการวิชาการ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 25/25 ม. 5 ถ. พุทธมณฑลสาย4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-9040-3 ต่อ 38, 66 โทรสาร 0-2441-9871 E-mail: aihdtr@gmail.com Website: www.aihd.mahidol.ac.th

ติดต่อ จองห้องพัก ASEAN HOUSE : 081-3819484 หรือ email: aseanhouse1984@gmail.com หรือ FB fanpage ASEAN HOUSE DORMITORY

เฉพาะเจ้าหน้าที่

☐ โอนค่าลงทะเบียน วันที่ ..... จำนวน ..... บาท

เลขที่ใบเสร็จ .....