พย.๒๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ 11511
วันที่ 1 พ.ย. 2560

ที่ สธ ๐๘๑๒.๘/ว ๓๔๘๐

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๑๓๐

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรฯ
เลขที่รับ 18263
วันที่ 17 พ.ย. 60
เวลา 10.00 น.

๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญแพทย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ได้จัดโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสนับสนุนการทำงานในเขตบริการสุขภาพอันจะนำมาสู่การทำงานเชื่อมโยงในเครือข่ายที่ส่งผลดีต่อประชาชนและผู้ป่วยตามแนวคิดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งการอบรมออกเป็น ๕ ระยะ คือ

ระยะที่ ๑ หมวดวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐
ระยะที่ ๒ หมวดวิชา Foundation of Community Mental Health ระหว่างวันที่ ๒๓-๒๖ มกราคม ๒๕๖๑
ระยะที่ ๓ หมวดวิชา Mental Health Problem in Community (How to prevent,solve,management) ระหว่างวันที่ ๖-๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
ระยะที่ ๔ หมวดวิชา Prevention, promotion and care in community mental health ระหว่างวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์-๒ มีนาคม ๒๕๖๑
ระยะที่ ๕ หมวดวิชา Research, planning and practice in community mental ealth ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑
ระยะที่ ๑ – ๒ สถานที่จัดอบรม โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา
ระยะที่ ๓ – ๕ สถานที่จัดอบรม โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จึงขอเชิญแพทย์ที่สนใจเข้ารับการอบรมหลักสูตรฯ ดังกล่าว และขอความร่วมมือให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. กรอกใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ส่งกลับไปยังงานวิชาการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๗๓๑ ๑๘๔๔ และส่งไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๔๓๒ ๓๒๐๒ **ภายในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐**

๒/๒. ชำระ...

๒. ชำระค่าลงทะเบียนคนละ ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) โดยโอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย สาขาสงขลา ประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชีกองทุนสวัสดิการร้านค้าโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ ๙๐๑-๑-๐๓๐๖๘-๐ และส่งหลักฐานการโอนเงินไปโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๔๓๒ ๓๒๐๒ **ภายในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐** โดยเบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าพาหนะเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปศึกษาดูงานจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายจุมภฏ พรมสีดา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กลุ่มพัฒนาวิชาการ
โทร ๐ ๗๗๙๑ ๖๕๘๕-๗
โทรสาร ๐ ๗๗๓๑ ๑๘๔๔

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

ใบสมัครเข้ารับการอบรม
โครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน
ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

การอบรมนี้แบ่งออกเป็น ๕ ระยะ ได้แก่

ระยะที่ ๑ หมวดวิชาเวชศาสตร์ป้องกัน ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ รวม ๔ วัน

ระยะที่ ๒ หมวดวิชา Foundation of Community Mental Health ระหว่างวันที่ ๒๓-๒๖ มกราคม ๒๕๖๑ รวม ๔ วัน

ระยะที่ ๓ หมวดวิชา Mental Health Problem in Community (How to prevent,solve,management) ระหว่างวันที่ ๖-๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ รวม ๔ วัน

ระยะที่ ๔ หมวด Prevention, promotion and care in community mental health ระหว่างวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์-๒ มีนาคม ๒๕๖๑ รวม ๔ วัน

ระยะที่ ๕ หมวดวิชา Research, planning and practice in community mental health ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑ รวม ๔ วัน

ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน ตลอดหลักสูตร ๒๐,๐๐๐ บาท โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่าน ธนาคารกรุงไทย สาขาสงขลา ประเภทออมทรัพย์ ชื่อบัญชี กองทุนสวัสดิการร้านค้าโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เลขที่ ๙๐๑-๑-๐๓๐๖๘-๐

ข้อมูลผู้สมัคร (โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง)

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง..... ศาสนา.....

ทะเบียนรถยนต์ เพื่อความสะดวกสถานที่จอดรถ.....

สถานที่ทำงาน (ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก)

ชื่อหน่วยงาน..... เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ที่ทำงาน..... โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ .....E-mail.....

รายละเอียดผู้เข้าพัก

ชื่อผู้เข้าพัก ๑..... ๒.....

จองห้องพัก เข้าพัก ในวันที่..... ออกวันที่.....

❑ ห้องเดี่ยว จำนวน.....ห้อง รวม.....คืน ❑ ห้องคู่ จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน

ประเภทอาหาร.....

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด).....

.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครไปยังงานวิชาการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ทางโทรสาร ๐ ๗๗๓๑ ๑๘๔๔ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โทรสาร ๐ ๗๔๓๒ ๓๒๐๒ **ภายในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐**

ส่งหลักฐานการโอนเงินไปโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ทางโทรสาร ๐ ๗๔๓๒ ๓๒๐๒ **ภายในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐**

รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการสมัครสอบ เว็บไซต์ www.tmc.or.th

ผู้ประสานโครงการ

๑. ดร.ตันติมา ด้วงโยธา ๐๗๗-๙๑๖๕๘๕

๒. นางสุจิรา เนาวรัตน์ ๐๗๔-๓๑๗๔๗๐, ๐๙๑-๕๗๕๔๔๗๒ E-mail noojira@yahoo.com

๓. นางสุภาณี สิขะโต ๐๗๔-๓๑๗๔๐๐ ต่อ ๖๔๓๐๓,๖๔๓๑๑ E-mail supaneesi๑๑@gmail.com