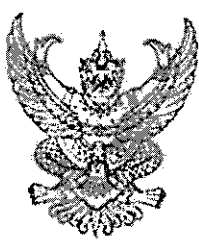


งานพัฒนาคุณภาพ
เลขที่รับ 435 เวลา 16.00
วันที่ 11 พฤษภาคม 2560



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา
5149
วันที่ 11 พ.ค. 2560

ที่ สธ ๐๒๔๘/๑๓๐๖

ถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ ๑๒

พร้อมนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒ ขอส่งสำเนาหนังสือ ที่ สธ ๐๙๒๓.๐๗(๑)/๑๓๐๖๔ ลงวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๐ เรื่องประชาสัมพันธ์การฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น “การพัฒนาแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธาณสุขศาสตร์ ปิงบประมาณ ๒๕๖๐” ระหว่างวันที่ ๑๒ กรกฎาคม - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ หากประสงค์เข้าร่วมอบรมหลักสูตรดังกล่าว สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่โครงการจัดตั้งสถาบันฝึกอบรมแพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธาณสุขศาสตร์ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๓๒, ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๖๔ และส่งใบสมัครที่หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๓๐ ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน รายละเอียดดังได้แนบมาพร้อมนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การฝึกอบรมต่อไป

เชิดห พ.ส.๕๑๗

- ส.น. ๖๓๑๑๒ (เชิง) ๒๕๕๕-การฝึกอบรมระยะสั้น

หลักสูตร "การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน
แขนงสาธาณสุขศาสตร์ ช่วงงบประมาณ ๒๕๖๐" รุ่นที่ ๑
12 ก.ค. - 11 ส.ค. ๖๐ พ.ศ.๒๕๖๐

ว/พ.๖๐

- จัดฝึกอบรมเฉพาะที่ศูนย์ฯ และ รพ.ทุกแห่ง/เขตสุขภาพที่ ๑๒

สุวิทย์ ๒๐๑๓๓ (แทนตน. ก.๒๗๖๖)
๑๗ พ.ค. ๖๐



ดำเนินการแล้ว

(นางวรรณภา บุรี)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๓๒ ๓๔๓๑
โทรสาร ๐ ๗๔๓๒ ๓๒๘๕

17 พ.ค. 2560



ศูนย์บริการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๑๒
 เลขรับ ๕๘๓
 วันที่ ๒ พ.ค. ๒๕๖๐
 เวลา ๑๕:๕๐

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒
 เลขที่ ๑๑๓
 วันที่ 3 พ.ค. ๖๐
 เวลา 1๒.๐๑

เลขรับ 4189
 วันที่ 2 พ.ค. 2560
 เวลา 13.๓๗

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมอนามัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๖๔

ที่ สธ ๐๙๒๓.๐๗(๑)/ก.มอ๑๔ วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น “การพัฒนาแพทย์เฉพาะทาง สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน
 แขนงสาธารณสุขศาสตร์ ปิงบประมาณ ๒๕๖๐”

เรียน อธิบดีทุกกรม / ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข / สาธารณสุขนิเทศ

ด้วย กรมอนามัย จะจัดโครงการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น “การพัฒนาแพทย์เฉพาะทาง สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ ปิงบประมาณ ๒๕๖๐” ระหว่างวันที่ ๑๒ กรกฎาคม - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องอบรมสถาบันฝึกอบรมแพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ อาคาร ๗ ชั้น ๖ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาผู้เข้ารับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในประเด็นแนวคิดและหลักการของเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ และเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการสร้างความร่วมมือในการทำงานร่วมกันในอนาคต นั้น

ในการนี้ กรมอนามัย จึงขอเชิญบุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่สนใจ เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นฯ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ โดยผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ โครงการจัดตั้งสถาบันฝึกอบรมแพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ อาคาร ๗ ชั้น ๖ กรมอนามัย หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๗๒, ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๖๔ และส่งใบสมัครที่หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๗๐ ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่า ที่พักร ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าพาหนะจากต้นสังกัดได้เท่าที่จ่ายจริงตามระเบียบกระทรวงการคลัง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดของท่านเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นฯ ดังกล่าว ด้วย จะเป็นพระคุณ

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดพิจารณา
- อื่นๆ ประวัติเดิม พันธุ์ สสง. ๑๖๕. / รพท. ๖

(นายพฤต ไร่ยมวงค์)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

พัน สอน. ปิงทกสัมพันธ์

(นายชัชระ เพ็งจันทร์)
 อธิบดีกรมอนามัย

(นางพรรณทิมา วิปุลากร)
 ผู้ตรวจราชการกระทรวง
 ๕๓ พ.ค. ๒๕๖๐

ร้อยโท
 (สุภาพ ไพศาลศิลป์)
 ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้น
"การพัฒนาแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐"
ระหว่างวันที่ ๑๒ กรกฎาคม - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๐
ณ ห้องอบรมสถาบันฝึกอบรมแพทย์สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์
อาคาร ๗ ชั้น ๖ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือตัวพิมพ์

๑. ชื่อ-สกุล (นาย / นาง / นางสาว)

ตำแหน่งปัจจุบัน

สังกัด ฝ่าย/โครงการ/กลุ่มงาน/ศูนย์

สำนัก / กอง

กรม.....

หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่

หมายเลขโทรสาร

E-mail address.....

๓. คุณวุฒิการศึกษาสูงสุด

สาขาวิชา

๔. หน้าที่ความรับผิดชอบในปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

๕. ความคาดหวังที่จะได้รับประโยชน์จากการฝึกอบรมหลักสูตรนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความในใบสมัครข้างต้นนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าสามารถเข้าโครงการนี้
ได้เต็มเวลาครบถ้วนตลอดหลักสูตรการฝึกอบรม

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร
วัน / เดือน / ปี

(ส่งใบสมัครที่ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๗๐ ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐)