



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
รับที่.....12138
วันที่ 20 พ.ย. 2560
เวลา.....14.30 น.

ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๗/๘๔๗ด

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญอบรมหลักสูตรระยะสั้น แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/โรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์/กลุ่มงานในสังกัดหน่วยงานภาครัฐและเอกชน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ตารางการอบรมฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ฉบับ

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 2629
20 พ.ย. 2560
วันที่ 16.16 น.
ที่ ๐๘๒๖๕

ด้วยโรงพยาบาลศรีธัญญา จะจัดโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในงาน ด้านเวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน สามารถให้บริการทางการแพทย์ด้าน General Psychiatry ได้ทั้ง ๔ มิติ ครบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและสามารถให้ประชาชนตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ โรงพยาบาลศรีธัญญา จึงขอเรียนเชิญแพทย์ที่สนใจเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ดังเอกสารแนบตารางการอบรมฯ จำนวน ๑ ฉบับ และค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร ๒๐,๐๐๐ บาท ชำระค่าใช้จ่ายโดยการโอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี “ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรม ของโรงพยาบาลศรีธัญญา” ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๑๓๐-๐-๑๒๘๑๗-๘ และส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ มาที่ โทรสารหมายเลข ๐-๒๕๒๘- ๗๘๒๐ ภายในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ โดยผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าเบี้ยเลี้ยง จากงบประมาณต้นสังกัดได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ที่ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดการและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และเดินทางมาอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยกรอกรายละเอียดตามใบสมัครที่แนบมาพร้อมนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ อิติติลกรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

ฝ่ายฝึกอบรม

โทร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๐๐ ต่อ ๕๗๑๓๗, ๕๗๑๓๘

โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๒๐

E-mail address: tesrithanya@gmail.com

ผู้รับผิดชอบ นางสาวกฤษดา สุขศิริ

ตารางการอบรมหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

กิจกรรมการอบรม	วันที่อบรม
กิจกรรมที่ ๑ การอบรมแบ่งออกเป็น ๕ ระยะ	
• ระยะที่ ๑ หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน	ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๐
• ระยะที่ ๒ หมวดวิชา Foundation of community mental health	ระหว่างวันที่ ๑๕- ๑๘ มกราคม ๒๕๖๑
• ระยะที่ ๓ หมวดวิชา Mental health problem in community	ระหว่างวันที่ ๓๐ มกราคม - ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
• ระยะที่ ๔ หมวดวิชา Prevention and Promotion and care in community mental health	ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑
• ระยะที่ ๕ หมวดวิชา Research, planning and practice in community mental health	ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๑
กิจกรรมที่ ๒ ประชุมเชิงปฏิบัติการการบูรณาการงานสุขภาพจิต	วันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑
กิจกรรมที่ ๓ พัฒนารูปแบบการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน	วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๑

สถานที่จัดอบรม : ห้องประชุมแสงสิงแก้ว ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี



ฝ่ายฝึกอบรม โรงพยาบาลศรีธัญญา

เลขที่ 47 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร : 02-528-7820, Email : tesrithanya@gmail.com

ลำดับที่

ใบสมัครโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น

แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2561

รายละเอียดการอบรม

กิจกรรมที่ 1 การอบรมแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

- ระยะที่ 1 หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน ระหว่างวันที่ 19 - 22 ธันวาคม 2560
- ระยะที่ 2 หมวดวิชา Foundation of community mental health ระหว่างวันที่ 15 - 18 มกราคม 2561
- ระยะที่ 3 หมวดวิชา Mental health problem in community ระหว่างวันที่ 30 มกราคม - 2 กุมภาพันธ์ 2561
- ระยะที่ 4 หมวดวิชา Prevention and Promotion and care in community mental health ระหว่างวันที่ 13 - 16 กุมภาพันธ์ 2561
- ระยะที่ 5 หมวดวิชา Research, planning and practice in community mental health ระหว่างวันที่ 13 - 16 มีนาคม 2561

กิจกรรมที่ 2 ประชุมเชิงปฏิบัติการการบูรณาการงานสุขภาพจิต

วันที่ 22 มิถุนายน 2561

กิจกรรมที่ 3 พัฒนารูปแบบการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน

วันที่ 3 สิงหาคม 2561

ค่าลงทะเบียน

ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร **20,000 บาท** (สองหมื่นบาทถ้วน)

โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี **“ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลศรีธัญญา”**

ธนาคารกรุงไทย สาขาศิวันนท บัญชีออมทรัพย์เลขที่ **130-0-12817-8**

ข้อมูลผู้สมัคร

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

- ▶ ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / นางสาว).....
- ▶ ตำแหน่ง
- ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม อายุ ปี
- ▶ สถานที่ทำงาน
ชื่อหน่วยงาน.....
เลขที่ หมู่ ถนน แขวง / ตำบล
เขต / อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- ▶ สถานที่ส่งเอกสาร ☐ ที่ทำงาน ☐ อื่นๆ
- เลขที่ หมู่ ถนน แขวง / ตำบล
เขต / อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
- หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน.....
- โทรสาร โทรศัพท์มือถือ
- Email ID Line

ลงชื่อผู้สมัคร

▶ ลายเซ็น

วันที่...../...../.....

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินได้ที่ โทรสาร : 02-528-7820 / ID Line: villaboy88

E-mail : tesrithanya@gmail.com ภายในวันที่ **8 ธันวาคม 2560**

ผู้ประสานงานโครงการฯ : นางสาวกฤษดา สุขศิริ โทร. 02-528-7820, 092-323-1118

ติดตามข่าวสารเพิ่มเติมได้ที่ “ฝ่ายฝึกอบรม โรงพยาบาลศรีธัญญา” และ www.srithanya.co.th

รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการสมัครสอบติดตามที่เว็บไซต์แพทยสภา www.tmc.or.th