ลำดับที่ .....

# ใบสมัครโครงการอบรมแพทย์ ประจำปี 2560

เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน ในระบบสุขภาพชุมชน

**รายละเอียดการอบรม** การอบรมนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

| | | |
|---|---|---|
| ระยะที่ 1 | หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน | ระหว่างวันที่ 19 - 22 ธันวาคม 2559 |
| ระยะที่ 2 | หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness | ระหว่างวันที่ 9 - 11 มกราคม 2560 |
| ระยะที่ 3 | หมวดวิชา Mental health problem in community | ระหว่างวันที่ 30 มกราคม - 1 กุมภาพันธ์ 2560 |
| ระยะที่ 4 | หมวดวิชา Prevention and Promotion | ระหว่างวันที่ 15 - 17กุมภาพันธ์ 2560 |
| ระยะที่ 5 | หมวดวิชา Psychiatry in Health Service | ระหว่างวันที่ 7 - 10 มีนาคม 2560 |

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

โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี ***"ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลศรีธัญญา"***

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

**ข้อมูลผู้สมัคร** โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

- ชื่อ - นามสกุล .....
- 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.....

กรุณาส่งแบบฟอร์มพร้อมหลักฐานการโอนเงิน **ภายในวันที่ 9 ธันวาคม 2559**

ติดตามข่าวสารเพิ่มเติมได้ที่ "*ฝ่ายฝึกอบรม โรงพยาบาลศรีธัญญา*" และ *www.srithanya.co.th*

ผู้ประสานงานโครงการฯ : นางสาวภูริตา สุขศิริ โทร. 092-323-1118 / ID Line: villaboy88

รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการสมัครสอบติดตามที่เว็บไซต์แพทยสภา www.tmc.or.th

10639

ที่ สธ ๐๘๐๗.๑๗/๖๔๓๔๗

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลศรีธัญญา จะจัดโครงการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในงานด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน สามารถให้บริการทางการแพทย์ด้าน General Psychiatry ได้ทั้ง ๔ มิติ ครบองค์รวมอย่างต่อเนื่องและสามารถให้ประชาชนตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ โรงพยาบาลศรีธัญญา จึงขอเรียนเชิญแพทย์ที่สนใจเข้ารับการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งการอบรมนี้แบ่งออกเป็น ๕ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน ระหว่างวันที่ ๑๙ – ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ ระยะที่ ๒ หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness ระหว่างวันที่ ๙ – ๑๑ มกราคม ๒๕๖๐ ระยะที่ ๓ หมวดวิชา Mental health problem in community ระหว่างวันที่ ๓๐ มกราคม – ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ระยะที่ ๔ หมวดวิชา Prevention and Promotion ระหว่างวันที่ ๑๕ – ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ระยะที่ ๕ หมวดวิชา Psychiatry in Health Service ระหว่างวันที่ ๗ – ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร ๑๖,๐๐๐ บาท ท่านสามารถชำระค่าใช้จ่ายโดยการโอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี "ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรม ของโรงพยาบาลศรีธัญญา" ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ ประเภทออมทรัพย์เลขที่ ๑๓๐-๐ ๑๒๘๑๗-๘ และส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ มาที่ โทรสารหมายเลข ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๒๐ ภายในวันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ โดยผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าเบี้ยเลี้ยง จากงบประมาณต้นสังกัดได้ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ที่ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดการและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๕ และเดินทางมาอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่านเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว ตามวัน เวลา ที่กำหนด

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ ธิติดิลกรัตน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

ฝ่ายฝึกอบรม
โทร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๐๐ ต่อ ๕๗๑๑๗, ๕๗๑๓๔
โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๒๐
E-mail address: tesrithanya@gmail.com
ผู้รับผิดชอบ นางสาวภูริตา สุขศิริ