

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 13656
วันที่ 15 พ.ย. 2564
เวลา

ที่ สธ ๐๘๓๕.๓๒ /ว. ๓๓๕๖

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ประจำปี ๒๕๖๕ (รุ่นที่ ๑๔)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ข้อมูลการฝึกอบรม จำนวน ๑ แผ่น
๒. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยกรมสุขภาพจิต ได้มอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการจัดโครงการฝึกอบรมหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ประจำปี ๒๕๖๕ (รุ่นที่ ๑๔) สำหรับแพทย์ทั่วไปที่มีความประสงค์จะเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ และทักษะด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน และมีความประสงค์จะสมัครสอบขออนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกันฯ ประจำปี ๒๕๖๕ ซึ่งการอบรมตลอดหลักสูตรจะใช้เวลาดำเนินการแบ่งเป็น ๖ ระยะ จำนวน ๒๓ วัน ในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๖๕ – มิถุนายน ๒๕๖๕ ค่าลงทะเบียนคนละ ๒๕,๐๐๐ บาท โดยสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบการฝึกอบรมฯ ของกระทรวงการคลังภายหลังการอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พิจารณาเห็นว่าโครงการดังกล่าวจะเป็นประโยชน์แก่แพทย์ในหน่วยงานของท่าน จึงขอประชาสัมพันธ์เพื่อขอเชิญแพทย์ที่มีความสนใจสมัครเข้ารับการฝึกอบรมดังกล่าวข้างต้น รายละเอียดตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย และสามารถส่งใบสมัครเข้าร่วมโครงการ ภายในวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๔ โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะทำหนังสือตอบรับให้ทราบอย่างเป็นทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้แพทย์ในสังกัดทราบโดยทั่วถึงกัน และขอขอบคุณในความอนุเคราะห์มา ณ โอกาสนี้

เรียน นพ.สสจ.
- เพื่อโปรดพิจารณา
- แนะนำประชาสัมพันธ์ รพ.ต่อไป

๘ พ.ย. ๖๔

ขอแสดงความนับถือ

(นายณัฐกร จำปาทอง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ทราบ

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มงานวิจัยและการพัฒนา
โทรศัพท์ ๐ ๔๓๒๐ ๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๒๑๗ , ๖๓๕๓๘
โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒
E-mail : pvt.jvkk@gmail.com

กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โครงการ

อบรมหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ประจำปี 2565

รุ่นที่ 14

วิธีการสมัคร

ส่งข้อมูลใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินภายใน วันที่ 24 ธันวาคม 2564
ไปที่ กลุ่มงานวิจัยและการพัฒนา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
เลขที่ 169 ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000 หรือ โทรสาร 043-224722
หรือ E – mail : pvt.jvkk@gmail.com

สมัครผ่าน QR code พร้อมแนบหลักฐานการโอนเงิน ภายในลิงค์

กำหนดการ

ระยะที่ 1	ช่วงวันที่	10 – 14	มกราคม	2565
ระยะที่ 2	ช่วงวันที่	21 – 25	กุมภาพันธ์	2565
ระยะที่ 3	ช่วงวันที่	14 – 16	มีนาคม	2565
ระยะที่ 4	ช่วงวันที่	18 – 20	เมษายน	2565
ระยะที่ 5	ช่วงวันที่	9 – 11	พฤษภาคม	2565
ระยะที่ 6	ช่วงวันที่	6 – 9	มิถุนายน	2565

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้เข้าอบรมทั้ง 6 ระยะ จะได้รับประกาศนียบัตรรับรองในการฝึกอบรมเพื่อสมัครสอบอนุมัติบัตร สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน

ค่าลงทะเบียนคนละ 25,000 บาท
ชื่อบัญชี เงินอบรมแพทย์สุขภาพจิตชุมชน ประเภทออมทรัพย์
เลขที่บัญชี 405-0-93073-0 ธนาคารกรุงไทย สาขาขอนแก่น

**หมายเหตุ : การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์เมื่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ส่งหนังสือตอบรับการเข้าอบรมเรียบร้อยแล้วและคณะผู้จัดการอบรมไม่สามารถคืนเงินค่าลงทะเบียนได้ทุกกรณี การสมัครผ่าน QR code ระบบจะถาม E - mail ผู้สมัครเพื่อเป็นการยืนยันตัวตน



สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
กลุ่มงานวิจัยและการพัฒนา
โทร 0-4320-9999 ต่อ 63217, 63538
โทรสาร 043-224722
E - Mail : pvt.jvkk@gmail.com



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน
สุขภาพจิตชุมชน ประจำปี 2565 รุ่นที่ 14
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่าง เดือนมกราคม - มิถุนายน 2565
ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

---

1. ผู้มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการ

☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ชื่อ..... สกุล..... ตำแหน่งนายแพทย์
O ปฏิบัติการ O ชำนาญการ O ชำนาญการพิเศษ O เชี่ยวชาญ
ตำแหน่งทางการบริหาร O ผู้อำนวยการ O รองผู้อำนวยการ O หัวหน้า/ฝ่ายกลุ่มงาน O อื่น ๆ ระบุ.....
เบอร์โทรติดต่อ..... E - mail.....

2. หน่วยงาน .....

3. ที่อยู่ เลขที่..... ถนน ..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด. ..... รหัสไปรษณีย์.....

4. ค่าลงทะเบียนรวม จำนวน..... บาท โอนที่ธนาคาร..... สาขา.....

5. ผู้ประสานงาน .....
โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

หมายเหตุ : หนังสือนำส่งและหลักฐานการสมัครสามารถส่งได้ทางไปรษณีย์ ที่กลุ่มงานวิจัยและการพัฒนา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 169 หมู่ 4 ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
หรือทาง E - mail : pvt.jvkk@gmail.com

ที่ติดสลิปการโอนเงินค่าลงทะเบียน