



# บันทึกข้อความ

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒  
 เลขรับ..... 1712  
 วันที่ 11 ต.ค. 2559  
 เวลา..... 10.30 น.

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีธัญญา ฝ่ายฝึกอบรม โทร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๐๐ ต่อ ๕๗๑๓๗ - ๕๗๑๓๘

ที่ สธ ๐๘๐๗.๑๗/๕๓๕๓

วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒

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

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยกรอกรายละเอียดตามใบสมัครที่แนบมาพร้อมนี้

เรียน ผู้อำนวยการ  
 - รพ. ศรีธัญญา เขตแพทย์  
 ชั้นในใจ หารวันอบรม  
 - เมืองไม่รถถนน

(นายศิริศักดิ์ ธิติฉัตรนันธ์)  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๒  
 - เมืองไม่รถถนน  
 - อ.ศรีธัญญา เขตอมมทพจ  
 1. เมืองไม่รถถนน ๑๓๗๖๖๖๖  
 สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน  
 - เน้นอบรมแพทย์ HCP ๓ ชั่วโมง  
 ที่จำนวน ๑๐๐.

13 ต.ค. ๒๕๕๙  
 ๕๐๗ มรืหาร 11/๒๖ สกต. ทุกแห่ง

(นางชนารัตน์ เปรมสิริวรรณ)  
 นักจัดการงานทั่วไป  
 11 ต.ค. 2559

# ใบสมัครโครงการอบรมแพทย์ ประจำปี 2560

เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

## 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 - 17 กุมภาพันธ์ 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](http://www.srithanya.co.th)  
 ผู้ประสานงานโครงการฯ : นางสาวกวีริตา สุขศิริ โทร. 092-323-1118 / ID Line: villaboy88  
 รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการสมัครสอบติดตามที่เว็บไซต์แพทยสภา [www.tmc.or.th](http://www.tmc.or.th)