

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๓/ ๓๓๕๐



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๕ ถนนอธิปัตย์ จังหวัดอุดรธานี ๔๓๐๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าร่วมอบรมหลักสูตร Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง
ในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้าร่วมอบรมฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมกับศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ ๘ ได้กำหนดจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับ การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor) เพื่อจัดอบรมหลักสูตร Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor เพื่อขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ร่วมกับศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอเชิญแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมอบรมในหลักสูตร Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor โดยแบ่งการอบรมออกเป็น ๒ Module ระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ทั้งนี้ ขอให้ส่งใบสมัครเข้าร่วมอบรมฯ ไปยังกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Phcdt62@gmail.com ภายในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายทวีรัชต์ ศรีกุลวงศ์)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐-๔๒๒๑-๕๒๐๗ ต่อ ๓๐๑

ประสานงานกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี โทร. ๐-๔๒๒๔-๕๕๕๕ ต่อ ๑๑๗๑



ใบสมัคร

“โครงการอบรมหลักสูตร Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor
เพื่อพัฒนาแพทย์ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒”

๑. ชื่อ-นามสกุล นพ./พญ.....
๒. อายุ.....
๓. ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
๔. สังกัดโรงพยาบาล.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
Email.....โทรศัพท์.....ID line.....
๕. ท่านเป็นแพทย์เฉพาะทางไข้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
สาขา.....
๖. ท่านอยู่ระหว่างการขอใช้ทุน ☐ ใช่ ปีที่..... ☐ ไม่ใช่
๗. ท่านมีความประสงค์ฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในอีก ๓ ปีข้างหน้าหรือไม่
☐ ใช่ สาขาที่ท่านต้องการฝึกอบรมต่อ คือ.....
☐ ไม่ใช่
๘. ท่านสามารถเข้ารับการอบรมหลักสูตรนี้ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
๙. ปัจจุบันท่านมีหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ที่ขึ้นทะเบียน และ
รับผิดชอบ/จะรับผิดชอบแล้วหรือไม่
☐ มี คือ.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
จำนวนวันที่ปฏิบัติงานต่อสัปดาห์.....
จำนวนวันที่วางแผนปฏิบัติงานต่อสัปดาห์..... (กรณีมีหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วย
บริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ที่ขึ้นทะเบียน และจะรับผิดชอบแล้ว แต่ยังไม่ได้ปฏิบัติงานในหน่วย
นั้น)
☐ ไม่มี
หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ที่จะขึ้นทะเบียน
หลังผ่านการอบรม คือ.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....
จำนวนวันต่อเดือนที่วางแผนปฏิบัติงาน

๑๐. ข้อมูลทีมที่ขึ้น/จะขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)
รับผิดชอบประชากร..... คน มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน.....คน
มีนักวิชาการจำนวน..... คน นักกายภาพบำบัดจำนวน..... คน
แพทย์แผนไทยจำนวน..... คน
วิชาชีพอื่นดังนี้.....

กรณีที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนฯ หลังผ่านการอบรมจะขึ้นทะเบียนฯ ภายใน ๓๐ วัน

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๑๑. ท่านมีความเห็นอย่างไรต่อการปฏิบัติงานงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัว)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และทางหน่วยงานมีความพร้อมในการขึ้นทะเบียน
หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหลังผ่านการอบรม

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นพ. / พญ.....

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

มีความเห็นว่า นพ. / พญ.....

สมควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าอบรม เมื่ออบรมเสร็จ จะให้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย
หน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน ๓๐ วัน

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....