

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๓/๑๓๖๖



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔ ถนนอิทธิ จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมหลักสูตร Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง
ในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจัดอบรมหลักสูตรฯ
๒. ใบสมัครเข้าอบรม

จำนวน ๑ ฉบับ
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor) เพื่อจัดอบรม
หลักสูตร Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor จังหวัดสกลนคร แบ่งการอบรม
ออกเป็น ๒ Module โดยจัดอบรม Module ๑ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗ และ Module ๒
ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมเปรมปรีดา ชั้น ๒ โรงแรมเดอะมาเจสติกสกลนคร
อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอเชิญแพทย์ในสังกัดของท่านที่มีการวางแผนขึ้นทะเบียน
PCU/NPCU ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยกรอกใบสมัครตามสิ่งที่
ส่งมาด้วย (๒) เสนอผ่านผู้บังคับบัญชา ส่งไปยังกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการ (ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าพาหนะ) เบิกจาก
หน่วยงานต้นสังกัดรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยเอก

(จักรวาล ทาวไชย)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘



QR code ลงทะเบียนเข้ารับการอบรม

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐-๔๒๒๑-๙๒๐๗ ต่อ ๓๐๑

ผู้ประสานงาน นางสาวรัชนิวรรณ พันเสนา ๐๖๒-๖๙๕-๕๖๘๗

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
(Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor) จังหวัดสกลนคร

Module 1 ระหว่างวันที่ 13 – 14 มิถุนายน 2567 และ Module 2 ระหว่างวันที่ 18 - 19 กรกฎาคม 2567 ณ ห้องประชุมประชุมแปรเมทรีตา (ชั้น2) โรงแรมเดอะมาเจสติกสกลนคร

วันที่	08.00 - 08.30 น.	08.30 -09.00 น.	09.00 –10.00 น.	10.00 –11.00 น.	11.00 – 12.00 น.	12.00 –13.00 น.	13.00 - 16.00 น.		
วันที่ 1 (13 มิ.ย. 67)	ลงทะเบียน	พิธีเปิด การอบรม (ผ่านระบบ Zoom)	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ความหมาย ความสำคัญ (1 ชั่วโมง)	หลักการเวชศาสตร์ ครอบครัวและ บริการปฐมภูมิ (1 ชั่วโมง)	เตรียมความพร้อมใน การศึกษาดูงาน (1 ชั่วโมง)	พักรับประทาน อาหารกลางวัน	ศึกษาดูงานในพื้นที่ (3 ชั่วโมง)		
		นพ.อังคาร รัตนสีดา							
		พญ.นิยวรรณ คำศรีพล							
วันที่ 2 (14 มิ.ย. 67)	08.00 - 08.30 น.	08.30 - 09.30 น.	การจัดการดูแลสุขภาพประชาชนใน ฐานแม่แพทย์ประจำตัว (Health Service Management for Primary Care Doctor) (1 ชั่วโมง)	ระบบวิทยาทานพื้นฐานเพื่อการ วิเคราะห์ ระบบสุขภาพในพื้นที่ (2 ชั่วโมง)	Patient-centered Approach (1 ชั่วโมง)	พักรับประทานอาหาร กลางวัน	Integrated People- centered Health Service (2 ชั่วโมง)	บทเรียน : แพทย์กับการทำงานใน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (1 ชั่วโมง)	
	ลงทะเบียน								นพ.ทรงศักดิ์ เทาเสนา
	ฝึกปฏิบัติงานตาม Assignment 4 สัปดาห์								
วันที่	08.00 - 08.30 น.	08.30 -09.30 น.	09.30 - 12.30 น.	12.30 - 13.30 น.	13.30 - 14.30 น.	14.30 - 16.30 น.			
วันที่ 1 (18 ก.ค. 67)	ลงทะเบียน	การเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค ของกลุ่มประชากร (1 ชั่วโมง)	Essential Tools for Family Physician : Basic Communication Skills (3 ชั่วโมง)	พักรับประทาน อาหารกลางวัน	Leadership for Primary Care Doctor (1 ชั่วโมง)	สัมภาษณ์ พญ.พิรุณี สัมผัส	แลกเปลี่ยนการดูแลสุขภาพในพื้นที่ (2 ชั่วโมง)		
								นพ.อังคาร รัตนสีดา	นพ.ปิยพันธุ์ ภูโอบ และคณะ
วันที่ 2 (19 ก.ค. 67)		09.00 - 10.00 น.	10.00 - 12.00 น.	12.00 - 13.00 น.	13.00 - 16.00 น.	สอวัดผลการอบรม	นพ.อังคาร รัตนสีดา ,นพ.สุทธิพงษ์ กองวงษา และ นพ.ทรงศักดิ์ เทาเสนา		
								การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแล ระยะยาว (1 ชั่วโมง)	การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน (2 ชั่วโมง)



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. ท่านเป็นแพทย์เฉพาะทางใช่หรือไม่ ☐ 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/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัว)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และทางหน่วยงานมีความพร้อมในการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิหลังผ่านการอบรม

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า นพ. / พญ.....

ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาล.....

มีความเห็นว่า นพ. / พญ.....

สมควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าอบรม เมื่ออบรมเสร็จ จะให้ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใน ๓๐ วัน

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....