

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๓/ ๑๘๐๐



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔ ถนนอธิบดี จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๒๔

พฤษภาคม ๒๕๖๗

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจัดอบรมหลักสูตรฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ใบสมัครเข้าอบรม

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ได้จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัวรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ 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 สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
แบ่งการอบรมออกเป็น ๒ Module โดยจัดอบรม Module ๑ ระหว่างวันที่ ๗ - ๘ มิถุนายน ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุมมุขมนตรี และ Module ๒ ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมลาวแพน
โรงแรมเจริญไฮเต็ล อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอเชิญแพทย์ในสังกัดของท่านที่มีการวางแผนขึ้นทะเบียน
PCU/NPCU ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ สมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรดังกล่าว โดยกรอกใบสมัครตามสิ่งที่
ส่งมาด้วย (๒) เสนอผ่านผู้บังคับบัญชา ไปยังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Rsawaychro@gmail.com ภายในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่าย
การเดินทางไปราชการ (ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก ค่าพาหนะ) เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยเอก

(จักรวาล หาร์ไชย)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐-๔๒๒๑-๙๒๐๗ ต่อ ๓๐๑

ผู้ประสานงาน นางสาวเสาวลักษณ์ เพ็ญสา ๐๘๕-๐๑๔-๒๓๗๗

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

(Basic Course Of Family Medicine for Primary Care Doctor) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8

Module 1 ระหว่างวันที่ 7 - 8 มิถุนายน 2567 ณ ห้องประชุมขุนมนตรี และ Module 2 ระหว่างวันที่ 28 - 29 มิถุนายน 2567 ณ ห้องประชุมลาวแพน โรงแรมเจริญโฮเทล จังหวัดอุดรธานี

วันที่	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 - 14.00 น.	14.00 - 15.00 น.	15.00 - 16.00 น.	
7 มิถุนายน 2567	ลงทะเบียน/พิธีเปิด	ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ความหมาย ความสำคัญ	หลักการเวชศาสตร์ ครอบครัวและบริการปฐมภูมิ	Patient-centered Approach	วัน รับประทานอาหารกลางวัน	ศึกษาต่องานคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่			การจัดการดูแลสุขภาพ ประชาชนในฐานะแพทย์ประจำตัว
		นพ.อนันท์ ชัยสมบูรณ์พันธ์	นพ.เจริญ เกษมสินทรัพย์	พญ.ขวัญตา หล้าหนองบุ		นพ.ปิยะพงษ์ คำบุงา,พญ.กมลวรรณ กิจเจริญปัญญา, นพ.อนันท์ ชัยสมบูรณ์พันธ์,พญ.ขวัญตา หล้าหนองบุ, นพ.เจริญ เกษมสินทรัพย์,นพ.สุรชัย ศิวะตระกูล			นพ.ปิยะพงษ์ คำบุงา
		การเสริมสร้างสุขภาพและ ป้องกันโรคของกลุ่มประชากร		ระบบวิทยาพื้นฐานเพื่อการวิเคราะห์ ระบบสุขภาพในพื้นที่		Essential Tools For Family Physician : Basic Communication Skills			
8 มิถุนายน 2567	ลงทะเบียน	นพ.สุรชัย ศิวะตระกูล	พญ.วนิดา ลิขมพู		วัน รับประทานอาหารกลางวัน	นพ.เจริญ เกษมสินทรัพย์,นพ.สุรชัย ศิวะตระกูล,นพ.ปิยะพงษ์ คำบุงา,นพ.กมล งามดี, พญ.นิลบาล ช่วยแสง			
28 มิถุนายน 2567	ลงทะเบียน	Integrated People-centered Health Service	การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน			การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและ การดูแลระยะยาว	บทเรียน : แพทย์กับการทำงานใน ระบบสุขภาพในปฐมภูมิ	Leadership for Primary Care Doctor	
		นพ.ธีรพล มโนศักดิ์เสรี	นพ.ธีรพล มโนศักดิ์เสรี			นพ.อนันท์ ชัยสมบูรณ์พันธ์	นพ.วัชรินทร์ อินทอง, นพ.ปิยะพงษ์ คำบุงา	นพ.ปิยะพงษ์ คำบุงา, พญ.ไอรดา สายปัญญา, นพ.ประพนธ์ เครือเจริญ	
		การแลกเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่แบ่งกลุ่มออกเป็น ๕ กลุ่ม			สอบข้อเขียนประเมินผลการเรียนรู้				
29 มิถุนายน 2567	ลงทะเบียน	พญ.กมลวรรณ กิจเจริญปัญญา,นพ.ปิยะพงษ์ คำบุงา, นพ.อนันท์ ชัยสมบูรณ์พันธ์,นพ.กิตติพงศ์ จันทวงษ์,พญ.เรืองหทัย ปันณราช นพ.เจริญ เกษมสินทรัพย์,นพ.กฤษ งามดี,นพ.สุรชัย ศิวะตระกูล,พญ.นิลบาล ช่วยแสง			วัน รับประทานอาหารกลางวัน	นพ.ปิยะพงษ์ คำบุงา			

หมายเหตุ : กำหนดการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม



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. ท่านเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือไม่ ☐ 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. ข้อมูลที่มียื่น/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.....