



ที่ สธ ๐๓๑๒ / ๑๕๕๗

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
๒๖๘/๑ ถนนพระรามที่หก เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐

๒๕ มิถุนายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขอเชิญเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้าอบรม

ด้วยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อนุมัติให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จัดโครงการอบรม “สร้างแกนนำในการถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งภายหลังรับการรักษาและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน” ครั้งที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ถึงวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๖ ณ โรงแรมเวสเทิร์นแกรนด์ จังหวัดราชบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน ให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งภายหลังการรักษาและระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางโดยไม่จำเป็นต้อง

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีแผนการที่จะดำเนินการสร้างเครือข่ายการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งภายหลังการรักษา และระยะสุดท้ายในชุมชนในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๕ จึงขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เข้าร่วมประสานการดำเนินการจัดอบรมและประชาสัมพันธ์โครงการดังกล่าวให้กับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๕ มีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๑๕๐ คน ผู้เข้ารับการอบรม เบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะเดินทาง และค่าเช่าที่พักจากต้นสังกัด และขอให้ส่งรายชื่อที่กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ภายในวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๖ โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๒๕ ต่อ ๒๖๐๕ โทรสาร ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ประสานงาน และประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดของท่านและในเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ ๕ เข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วยจะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธีรวุฒิ คูหะเปรมะ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๒๓๕๔ ๗๐๒๕ ต่อ ๒๖๐๕

โทรสาร ๐ ๒๖๔๔ ๖๗๕๘

ใบสมัครโครงการอบรม "สร้างแกนนำในการถ่ายทอดการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งภายหลังรับการรักษา

และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน" ครั้งที่ 5

ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม - 2 สิงหาคม 2556

ณ โรงแรมเวสเทิร์นแกรนด์ จังหวัดราชบุรี



ข้อมูลทั่วไป (กรุณาพิมพ์ / เขียนด้วยบรรจง เพื่อความชัดเจน)

1. ชื่อ (นาย นาง นางสาว) นามสกุล
2. อายุปัจจุบัน ปี
3. การติดต่อ : โทรศัพท์ E-mail address :
4. เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์จากสภาการพยาบาล (เลข 10 หลัก) _ _ _ _ _

ข้อมูลการศึกษา และการปฏิบัติงาน

5. การศึกษา ที่ใช้ในการเริ่มปฏิบัติงาน สาขา
- การศึกษาสูงสุด (ปัจจุบัน) สาขา
6. ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักวิชาการสาธารณสุข ตำแหน่งอื่น ๆ
- ตำแหน่งทางบริหาร (ถ้ามี)
7. ชื่อสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ระบุหน่วยย่อย(ถ้ามี).....
8. กลุ่มผู้รับบริการ ผู้ป่วยรักษาประเภท (เช่น คีโมบำบัด , อายุรกรรม)
- ดูแลประชาชนในชุมชน
- อื่น ๆ

ที่พัก

9. ที่พัก กรุณาสำรองที่พักด้วยตนเอง โรงแรมเวสเทิร์นแกรนด์ จังหวัดราชบุรี
โทรศัพท์ 0 3233 7777 , 0 3231 3888 Fax. 0 3232 0123
E-Mail <http://www.westerngrandhotel.com>

ข้อมูลอื่น ๆ

10. ราคากลางทะเบียน (รับจำนวนจำกัด)
11. อาหาร อิสลาม มังสวิรัติ ทั่วไป