หนม

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๑๓.๐๘๔/ว ๔๓๘

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
๖๕๓ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๑๓๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๐๔๓๓๐
วันที่ ๑๐ เม.ย. ๒๕๖๒
เวลา

๓ เมษายน ๒๕๖๒

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
รับเลขที่ ๓๒
วันที่ ๑๐ เม.ย. ๖๒
เวลา ๐๙.๐๐ น.

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเฉพาะทางสาขาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตาภิบาล) รุ่นที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้าอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ขั้นตอนการสมัครเข้าอบรม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนก กำหนดจัดโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเฉพาะทางสาขาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตาภิบาล) รุ่นที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยการอบรมแบ่งหน่วยการเรียนรู้ออกเป็น ๔ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๐-๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ระยะที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๘-๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ระยะที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๙-๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๒ และระยะที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๒๘ ตุลาคม – ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตาภิบาล) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เข้าอบรมให้มีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริม ดูแลด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ในการนี้ วิทยาลัย มีความประสงค์ขอเชิญเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตาภิบาล) ในสังกัดของท่าน สมัครเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ทั้งนี้ผู้เข้าอบรมมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าพาหนะ จากผู้ดำเนินการจัดโครงการ (ตามระเบียบกระทรวงการคลัง) ผู้สนใจสามารถสมัคร และส่งหลักฐานการสมัครได้ ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันจันทร์ที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมโครงการอบรมต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานทันตฯ
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววิไลศักดิ์ บัวแย้ม)
รองผู้อำนวยการกลุ่มยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา
รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

(นายณรงค์ ตวิสวิสาร)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๑๙ เม.ย. ๒๕๖๒

กลุ่มงานบริการวิชาการ
โทร. ๐ ๕๕๓๑ ๓๑๑๕ ต่อ ๖๔๔ หรือ ๐๙ ๑๐๗๑ ๔๘๔๕
โทรสาร ๐ ๕๕๓๑ ๓๑๑๖

ผอ คุณวิไลศักดิ์ ปอ
๒๕ เม.ย. ๖๒

รูปถ่าย

ใบสมัครรับทุนสนับสนุนค่าลงทะเบียนเข้าอบรมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร ระยะสั้น ๔ เดือน ประจำปี ๒๕๖๒
โครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเฉพาะทางสาขาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำหรับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
(ทันตาภิบาล) รุ่นที่ ๒ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... บัตรประชาชนเลขที่ ....-.... ....-.... ....-.... ....-....

สถานะปัจจุบัน ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานกระทรวง ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ..... ระดับ ..... อัตราเงินเดือน ..... บาท

๒. เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อายุ ..... ปี ..... เดือน (นับถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒)

๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน (สสจ./รพศ/รพท/รพช/รพ.สต./ศูนย์อนามัย/อื่น ๆ) .....

ฝ่าย/กลุ่มงาน ..... ที่อยู่เลขที่ ..... ถนน ..... ซอย .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์มือถือ ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน .....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ..... Line ID .....

๔. จบการศึกษาระดับ

ประกาศนียบัตร ..... สถาบันที่จบ ..... จบปีการศึกษา .....

ปริญญาตรี ..... สาขา .....

มหาวิทยาลัย ..... จบปีการศึกษา .....

ปริญญาโท ..... สาขา .....

มหาวิทยาลัย ..... จบปีการศึกษา .....

ปริญญาเอก ..... สาขา .....

มหาวิทยาลัย ..... จบปีการศึกษา .....

๖. เคยได้รับทุนการศึกษา อบรมระยะสั้นหลักสูตร .....

สถาบันการศึกษา/อบรมระยะสั้น ..... ประเทศ .....

เมื่อปี พ.ศ. ..... หน่วยงานเจ้าของทุน .....

๖. ประสบการณ์หรือผลงานเด่น ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

๗. หลังจากสำเร็จการศึกษาหลักสูตรดังกล่าวแล้ว ท่านจะนำความรู้ไปใช้ประโยชน์กับหน่วยงานของท่านอย่างไร (โปรดระบุ)

.....

.....

.....

๘. โครงการที่รับผิดชอบในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และได้รับอนุมัติงบประมาณแล้ว (โปรดระบุรายละเอียด)

ชื่อโครงการ .....

งบประมาณ ..... บาท แหล่งงบประมาณ .....

๙. อาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ (ข้อมูลจำเป็นต้องกรอก)

๑. ทันตแพทย์ในพื้นที่

ชื่อ ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... เบอร์โทร (มือถือ) .....

Line ID .....

๒. พยาบาลวิชีพในพื้นที่ (ผ่านการอบรมหลักสูตร Case Manager : CM)

ชื่อ ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... เบอร์โทร (มือถือ) .....

Line ID .....

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

คำรับรองของหัวหน้าหน่วยงาน

.....

.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

หมายเหตุ - ผู้รับรอง หมายถึง หัวหน้าหน่วยงานที่ผู้สมัครปฏิบัติงานอยู่

- ผู้บังคับบัญชาที่มีสิทธิให้เดินทางมาราชการ หมายถึง ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจตามคำสั่งการปฏิบัติราชการ เช่น จากผู้ว่าราชการจังหวัด หรือ ผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการสมัครเข้าอบรม

๑. เขียนใบสมัคร โดยถ่ายรูป หรือสแกน ส่งมาทางอีเมล์ training@scphpl.ac.th , Line ID : phctraining **ได้ตั้งแต่ บัดนี้ ถึง ๒๒ เมษายน ๒๕๖๒**

๒. ผู้เข้าอบรม มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ ดังนี้

- ค่าพาหนะ
- ค่าที่พัก
- ค่าเบี้ยเลี้ยง

จากทางวิทยาลัยได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังทุกประการหลังจากได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ที่ได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจตามคำสั่งการปฏิบัติราชการ เช่น จากผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้อง และเป็นไปตามข้อกำหนดของทางวิทยาลัย โดยเบิกค่าเดินทางไปราชการตามที่จ่ายจริง (ไป-กลับ) ได้ไม่เกิน ๓,๕๐๐ บาท /คน/ครั้งการมาอบรม

๓. สถานที่พัก พักที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก โดยผู้จัดการอบรมจะจัดห้องพักให้ตามความเหมาะสมของการอบรม

๔. ผู้เข้าอบรมสามารถตรวจสอบรายชื่อ ได้ที่ http://gg.gg/erecandid หรือ http://www.scphpl.ac.th โดยทางผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์ให้กับผู้สมัครเข้ารับการอบรม โดยเรียงลำดับใบสมัคร ก่อน-หลัง ถ้าครบจำนวน ทางผู้จัดการอบรมขอตัดสิทธิ์เฉพาะ ๕๐ ท่านแรกเท่านั้น เพื่อให้ครบตามจำนวนผู้เข้ารับการอบรม

๕. สอบถามข้อสงสัยเรื่องการเดินทาง หัวข้ออบรม ได้ที่ผู้ประสาน อาจารย์ปรมินทร์ ผาแก้ว เบอร์โทร ๐๘ ๔๗๓๙ ๖๔๐๕ หรือผู้รับผิดชอบโครงการ อาจารย์นภา ทองกิจ เบอร์โทร ๐๘ ๑๕๙๖ ๖๙๑๓ ทางอีเมล์ training@scphpl.ac.th , Line ID : phctraining