



มี... กรมสุขภาพจิต  
 ๑๕๐๓๒  
 ๗ พ.ย. ๒๕๕๖  
 ๑๓.๓๐

ที่ สธ ๐๘๐๗.๑๕/๕๙๕๖

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๙ ตุลาคม ๒๕๕๖

1776  
 11 พ.ย. 56

เรื่อง ขอเชิญอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน  
 เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/โรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์/กลุ่มงานในสังกัดหน่วยงานภาครัฐและเอกชน  
 สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย โรงพยาบาลศรีธัญญา จะจัดโครงการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในงานด้าน เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน สามารถให้บริการทางการแพทย์ด้าน General Psychiatry ได้ทั้ง ๔ มิติ ครอบคลุมอย่างต่อเนื่องและสามารถให้ประชาชนตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตของตนเองและ ครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ โรงพยาบาลศรีธัญญา จึงขอเรียนเชิญแพทย์ที่สนใจเข้ารับการอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มพูน ความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งการอบรมนี้แบ่งออกเป็น ๕ ระยะ คือ  
 ระยะที่ ๑ หมดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๖  
 ระยะที่ ๒ หมดวิชา Foundation of community mental health and illness ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๕ มกราคม ๒๕๕๗  
 ระยะที่ ๓ หมดวิชา Mental health problem in community ระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗  
 ระยะที่ ๔ หมดวิชา Prevention and Promotion ระหว่างวันที่ ๒๖ - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗  
 ระยะที่ ๕ หมดวิชา Looking into the Future of Community Mental Health ระหว่างวันที่ ๑๒-๑๔ มีนาคม ๒๕๕๗  
 ณ ห้องประชุม ๑ อาคารอำนวยการชั้น ๔ โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอด หลักสูตร ๑๖,๐๐๐ บาท ชำระค่าใช้จ่ายโดยการโอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี "ค่าใช้จ่ายในการจัด ฝึกอบรมของโรงพยาบาลศรีธัญญา" ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ ๑๓๐-๐-๑๒๘๑๗-๘ และส่งสำเนาหลักฐานการโอนเงินผ่านธนาคารพร้อมใบสมัครเข้ารับการอบรมมาที่โทรสารหมายเลข ๐-๒๕๒๘- ๗๘๒๐ ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๖ โดยผู้เข้ารับการอบรมสามารถเบิกค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าเดินทาง และค่าเบี้ยเลี้ยง จากงบประมาณต้นสังกัดได้ ตามระเบียบกระทรวงการคลังที่ว่าด้วย ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดการและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๕ และเดินทาง มาอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์และอนุญาตให้บุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมการอบรมตาม หลักสูตรดังกล่าว โรงพยาบาลศรีธัญญาขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน...  
 ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล)  
 นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ รักษาการแทน  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

(นายสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล)  
 นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ รักษาการแทน  
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

ฝ่ายฝึกอบรม  
 โทร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๐๐ ต่อ ๕๗๑๓๗, ๕๗๑๓๘  
 โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๒๐  
 E-mail address: te\_srithanya@hotmail.com

- มอบคุณ กิติสัมพันธ์  
 ป.ศ. สัมพันธ์  
  
 ทพ.๕๗



## ใบสมัครโครงการอบรมแพทย์ ประจำปี 2557

เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน

**รายละเอียดการอบรม** การอบรมนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

- |           |   |               |                       |
|-----------|---|---------------|-----------------------|
| ระยะที่ 1 | หมวดวิชา เวชศาสตร์ป้องกัน                                   | ระหว่างวันที่ | 24-27 ธันวาคม 2556    |
| ระยะที่ 2 | หมวดวิชา Foundation of community mental health and illness  | ระหว่างวันที่ | 13-15 มกราคม 2557     |
| ระยะที่ 3 | หมวดวิชา Mental health problem in community                 | ระหว่างวันที่ | 10-12 กุมภาพันธ์ 2557 |
| ระยะที่ 4 | หมวดวิชา Prevention and Promotion                           | ระหว่างวันที่ | 26-28 กุมภาพันธ์ 2557 |
| ระยะที่ 5 | หมวดวิชา Looking into the Future of Community Mental Health | ระหว่างวันที่ | 12-14 มีนาคม 2557     |
- ณ ห้องประชุม 1 อาคารอำนวยการชั้น 4 โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี

### ค่าลงทะเบียน

ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนตลอดหลักสูตร **16,000** บาท (หนึ่งหมื่นหกพันบาทถ้วน)

โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านธนาคารมาที่ชื่อบัญชี **“ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมของโรงพยาบาลศรีธัญญา”**  
ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 130-0-12817-8

### ข้อมูลผู้สมัคร

โปรดกรอกข้อมูลให้  
ครบถ้วนด้วยตัว  
บรรจง ส่งใบสมัคร  
พร้อมหลักฐานการ  
โอนเงินทางโทรสาร  
ที่หมายเลข  
**02 528 7820**

- ▶ ชื่อ - นามสกุล .....
- ▶ ตำแหน่ง .....
- ▶ ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม อายุ .....
- ▶ สถานที่ทำงาน (ใส่ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก)  
ชื่อหน่วยงาน.....  
เลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....
- เขต/อำเภอ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
- ▶ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ที่ทำงาน .....
- โทรสาร ..... โทรศัพท์มือถือ .....
- Email .....

### ลงชื่อผู้สมัคร

- ▶ ลายเซ็น  วันที่

กรุณาส่งแบบฟอร์มพร้อมหลักฐานการโอนเงินภายในวันที่ 16 ธันวาคม 2556

ติดตามข่าวสารเพิ่มเติมได้ที่ "Training Srithanya Hospital"

ผู้ประสานงานโครงการฯ: นางชีวันท์ เครืออนันต์ โทร. 081-372-7086

รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติและการสมัครสอบ เว็บไซต์แพทยสภา [www.tmc.or.th](http://www.tmc.or.th)