

ค่าน้ำหนัก

ที่ สธ ๐๒๓๐/๐๕๕๔



สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

16/21/06

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่: พ๕๓๕
วันที่: ๑๑/๒๕๕๖
เวลา: ๑๒.๐๐

๕ มิถุนายน ๒๕๕๖

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
รับเลขที่: 1๐๙๖
วันที่: 12/๒๕/๒๕๕๖
เวลา: 14.3๐ น.

เรื่อง ขอส่งแบบฟอร์มการสมัครเข้าร่วมสัมมนาฯ (ฉบับใหม่)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์ และสังกัดอื่น

อ้างถึง หนังสือสำนักงานพยาบาล ที่ สธ ๐๒๓๐/ว ๕๑๓ - ว ๕๑๖ ลงวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๕๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มตอบรับเข้าร่วมการสัมมนาวิชาการฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติให้สำนักงานพยาบาล ร่วมกับมูลนิธิ ดร.วรรณวิไล และชมรมผู้บริหารทางการแพทย์แห่งประเทศไทย ดำเนินโครงการสัมมนาวิชาการ ประจำปี พึงบประมาณ ๒๕๕๖ เรื่อง “การบริหารการพยาบาลในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง” และได้เชิญหัวหน้าพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้สนใจทุกท่าน เข้าร่วมสัมมนาวิชาการดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖ ณ ห้องประชุมโรงแรมเซ็นทารา โฮเทล แอนด์คอนเวนชั่น อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี นั้น

ในการนี้ เนื่องจากค่าลงทะเบียนในแบบฟอร์มการสมัครเข้าร่วมสัมมนาฯ ไม่ตรงกับค่าลงทะเบียนในโครงการ จากจำนวนเงิน ๒,๘๐๐ บาท เป็น ๓,๐๐๐ บาท สำนักงานพยาบาลจึงขอส่งแบบฟอร์มการสมัครเข้าร่วมสัมมนาวิชาการดังกล่าว (ฉบับใหม่)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขออภัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เวียง นพ. สธจ.

ขอแสดงความนับถือ

๑. ผอ.โปรดทราบ

๒. หัวหน้ากรมควบคุมโรคติดต่อ
พ.ร.ช.สัมพันธ์

M. ๐๕

(นางสาวกาญจนา จันทร์ไทย)
ผู้อำนวยการสำนักงานพยาบาล

14/2556

กลุ่มภารกิจมาตรฐานและระบบการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๐-๖๒๖๔, โทรสาร ๐-๒๕๕๐-๖๒๕๕, ๐-๒๕๕๑-๘๒๖๘

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาล/ศูนย์/สถาบัน

ดำเนินการ

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๑๗ มิ.ย. ๒๕๕๖

แบบฟอร์มการสมัครเข้าร่วมสัมมนาวิชาการ
เรื่อง “การบริหารการพยาบาลในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง”
ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖
ณ โรงแรมเซ็นทารา ไฮเทิล แอนด์ คอนเวนชั่น อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงหรือพิมพ์

๑. สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
 ชื่อผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
๒. ผู้เข้าร่วมประชุม
- ๒.๑ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
 เลขที่ใบอนุญาต (๑๐ หลัก) E-mail.....
 โปรดระบุประเภทอาหาร อิสลาม มังสวิรัต ธรรมดา เจ
- ๒.๒ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
 เลขที่ใบอนุญาต (๑๐ หลัก) E-mail.....
 โปรดระบุประเภทอาหาร อิสลาม มังสวิรัต ธรรมดา เจ
- ๒.๓ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
 เลขที่ใบอนุญาต (๑๐ หลัก) E-mail.....
 โปรดระบุประเภทอาหาร อิสลาม มังสวิรัต ธรรมดา เจ
- ๒.๔ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
 เลขที่ใบอนุญาต (๑๐ หลัก) E-mail.....
 โปรดระบุประเภทอาหาร อิสลาม มังสวิรัต ธรรมดา เจ
- ๒.๕ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....
 เลขที่ใบอนุญาต (๑๐ หลัก) E-mail.....
 โปรดระบุประเภทอาหาร อิสลาม มังสวิรัต ธรรมดา เจ

๓. ผู้เข้าร่วมประชุมได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนท่านละ ๓,๐๐๐ บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท
 โดย โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาซอยกระทรวงสาธารณสุข - ดิوانนท์
 ชื่อบัญชี บริหารการพยาบาล หมายเลขบัญชี ๑๔๒-๐-๑๖๐๖๘-๐

หมายเหตุ โปรดส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมไปยังสำนักงานการพยาบาล
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๕๙๐๖๒๕๕, ๐๒-๕๙๑๘๒๖๘
 หรือ E-mail : kanokon_ao@hotmail.com และติดต่อสอบถามเรื่องการลงทะเบียนได้ที่
 นางกนกอร บุญมาก หรือ นางจารุวรรณ จันทา หมายเลข ๐๒-๕๙๐๖๒๖๔
 ผู้เข้าร่วมประชุมกรุณานำหลักฐานการลงทะเบียนมาในการประชุมด้วย และตรวจสอบรายชื่อใน website
 ของสำนักงานการพยาบาลก่อนวันประชุม ๒ สัปดาห์

หมดเขตรับสมัคร

ภายในศุกร์ที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๖

การลงทะเบียนจะสมบูรณ์ต่อเมื่อชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว
 กรุณาสมัครเข้าร่วมสัมมนาและจองที่พักล่วงหน้า ถ้าเข้าพักอาจเต็ม