



02/16/12/57

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๕๓๖
วันที่ ๑๖/๑๒/๕๗
เวลา ๑๕.๐๐

ที่ สธ ๐๓๑๕/ว.๑๖

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
๔๒๐/๗ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เลขที่ ๗๓๕
วันที่ ๑๖/๑๒/๕๗

เรื่อง หลักสูตรการอบรมด้านโรคผิวหนัง ปี ๒๕๕๘

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง /หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านโรคผิวหนัง ๓ โครงการ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. กำหนดการอบรม จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันโรคผิวหนัง มีกำหนดการอบรมหลักสูตรด้านโรคผิวหนัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ รายละเอียดดังที่ส่งมาด้วย ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดหรือสืบค้นข้อมูลพร้อม Download ใบสมัครได้ที่ Website: www.inderm.go.th และ www.ioddiploama.com ข้าราชการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการอบรมฯ

สถาบันโรคผิวหนังขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมประจำปี ๒๕๕๘ ดังกล่าวแก่บุคลากรในสังกัดของท่าน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโปรดติดต่อ งานถ่ายทอดเทคโนโลยี โทร. ๐ ๒๓๕๔ ๕๒๒๒ ต่อ ๕๕๗๑ , ๕๕๗๒ โทรสาร. ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๐๒ E-mail: training@inderm.go.th และ training.inderm@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ)
ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง

WAW
- JRS.

(นางลัดขณา สังขชาติ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๕๗ S.A. ๒๕๕๗

งานถ่ายทอดเทคโนโลยี

โทร. ๐ ๒๓๕๔ ๕๒๒๒ ต่อ ๕๕๗๑ , ๕๕๗๒

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๐๒

- วนิดา เก่งเลิศ
กศน. / R
๑๐๐

4

การจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น สถาบันโรคผิวหนัง ประจำปี ๒๕๕๘

๑. หลักสูตรอบรมวิชาโรคผิวหนังสำหรับแพทย์ ๑ เดือน
รับสมัคร ๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ - ๒ มกราคม ๒๕๕๘
คัดเลือก+ประกาศผล ๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๕๘
ชำระเงิน+ยืนยัน ๑๙ - ๓๐ มกราคม ๒๕๕๘
กำหนดการอบรม เดือนมีนาคม ๒๕๕๘

๒. หลักสูตรอบรมบุคลากรห้องปฏิบัติการโรคผิวหนัง
รับสมัคร ๑ มกราคม - ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘
คัดเลือก+ประกาศผล ๑๖ กุมภาพันธ์ - ๒ มีนาคม ๒๕๕๘
ชำระเงิน+ยืนยัน ๙ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘
กำหนดการอบรม เดือนพฤษภาคม ๒๕๕๘

๓. หลักสูตรอบรมวิชาการพยาบาลโรคผิวหนัง
รับสมัคร ๒ - ๒๗ มีนาคม ๒๕๕๘
คัดเลือก+ประกาศผล ๑ - ๑๗ เมษายน ๒๕๕๘
ชำระเงิน+ยืนยัน ๑ - ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๘
กำหนดการอบรม เดือนกรกฎาคม ๒๕๕๘

ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดและสมัครได้ที่

คุณจุติพร เปียชาติ

งานถ่ายทอดเทคโนโลยี

โทร.๐ ๒๓๕๔ ๕๒๒๒ ต่อ ๕๕๗๑ , ๕๕๗๒

โทรสาร.๐ ๒๓๕๔ ๘๐๐๒

www.inderm.go.th

E-mail: training@inderm.go.th ,

training.inderm@gmail.com

ใบสมัครอบรมหลักสูตรระยะสั้น ประจำปี

ติดรูปถ่าย

- หลักสูตรอบรมวิชาโรคผิวหนังสำหรับแพทย์
- หลักสูตรอบรมบุคลากรทางห้องปฏิบัติการโรคผิวหนัง
- หลักสูตรอบรมวิชาการพยาบาลโรคผิวหนัง

คำนำหน้า นาย นางสาว นาง อื่น ๆ

1. ชื่อ-สกุล ภาษาไทย

2. ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ

3. วันเดือนปีเกิดอายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน

4. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

5. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่บ้าน/หมู่ที่.....ซอย.....ถนน

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

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

โปรดติดต่อข้าพเจ้าโดย ที่อยู่ตามข้อ 5 ที่ทำงาน ตามข้อ 8 อื่น ๆ

6. กรณีเร่งด่วนติดต่อ ชื่อ-สกุลความสัมพันธ์กับผู้สมัคร.....

โทร.มือถือ.....โทรศัพท์.....E-mail.....

7. คุณวุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี.....สถานศึกษา.....ปีที่จบ.....

ปริญญาโท.....สถานศึกษา.....ปีที่จบ.....

อื่น ๆ (ระบุ)

8. สถานที่ปฏิบัติงาน เลขที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... ราชการ เอกชน อื่น ๆ

9. ตำแหน่งปัจจุบัน.....ลักษณะงาน.....

แพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ชั้นปีที่.....สถาบัน.....

10. หลักฐานที่ต้องแนบพร้อมใบสมัคร (โปรดลงนามรับรองสำเนาทุกฉบับ)

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรข้าราชการ (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุลให้แนบหลักฐานเพิ่ม)

สำเนาใบปริญญาบัตร สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้ารับการอบรม อื่น ๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร มีความถูกต้องทุกประการ หากปรากฏ
ในภายหลังว่าข้อความหรือหลักฐานเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ และดำเนินการตามกฎหมาย

ผู้บังคับบัญชาลงนามรับรองและอนุมัติให้เข้าอบรม
เมื่อได้รับการคัดเลือก

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....