กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
รับเลขที่ ๕๖๗
วันที่ - ๗ มี.ค. ๒๕๖๒
เวลา ๑๓:๓๐ น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๔๕๙๑
๗ มี.ค. ๒๕๖๒
๑๐.๕๙ น.

ที่ สธ (คกว) ๐๓๑๖/ ๑๖๐

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข
ชั้น ๓ ตึกกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการอบรม จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการเสริมสร้างศักยภาพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับ กฎ ข้อกำหนดต่างๆเกี่ยวกับหลักจริยธรรมการวิจัย เพื่อปกป้อง คุ้มครอง สิทธิและความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัคร รวมทั้งปรับปรุงคุณภาพโครงการวิจัยในคนให้ได้มาตรฐานสากล จึงได้กำหนดจัดการอบรมให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย ในวันที่ ๑-๒ เมษายน ๒๕๖๒ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมโรงแรมนารายณ์กรุงเทพมหานคร ในหัวข้อ “การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICG-GCP)” เหมาะสำหรับผู้สนใจ นักวิจัย จำนวน ๑๐๐ คน รายละเอียดตามกำหนดการที่แนบมาพร้อมนี้

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข ขอเรียนเชิญผู้สนใจ นักวิจัย ในสังกัดของท่าน.....๒.....คน เข้าร่วมอบรมดังกล่าว และส่งแบบตอบรับรายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมมายังสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ที่หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๕๑ หรือ e-mail : ecmoph@gmail.com ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้สำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พักผู้เข้าอบรมเบิกจากต้นสังกัด (โปรดประสานในการจองโรงแรมที่ คุณอุษาพร บุญเกิด หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๓-๘๕๘ ๐๘๓๐)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
ดำเนินการ

(นางสาวอรนา ศิริมาศ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ๗ มี.ค. ๒๕๖๒

๗ มี.ค ๖๒

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน กระทรวงสาธารณสุข
โทร ๐ ๒๕๙๐ ๖๑๗๑-๒/โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๕๑

กำหนดการอบรม

เรื่อง การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

วันที่ ๑ - ๒ เมษายน ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมโรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร

****

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒

๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน
๐๙.๐๐ - ๐๙.๑๕ น.	พิธีเปิดการอบรม โดย อธิบดีกรมการแพทย์
๐๙.๑๕ - ๑๒.๑๕ น.	- หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ - คณะกรรมการทบทวนการวิจัยประจำสถาบัน/คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมอิสระ (ไออาร์บี/ไออีซี) - การตรวจตราการวิจัย โดย นายแพทย์ศุภชัย ฤกษ์งาม
๑๒.๑๕ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหาร
๑๓.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.	- ผู้วิจัย - เอกสารคู่มือผู้วิจัย (ไอบี) - เอกสารสำคัญสำหรับการดำเนินการวิจัยทางคลินิก โดย แพทย์หญิงดรุณี พุทธวารี

หมายเหตุ : *๑๐.๓๐ – ๑๐.๔๕ น. และ ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น. พักรับประทานอาหารว่าง*

วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๒

๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	- ผู้ให้ทุนวิจัย - การ monitor และ Auditor โดย นายแพทย์ประวิช ตัญญสิทธิสุนทร
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหาร
๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	โครงร่างการวิจัยทางคลินิกและส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงร่างการวิจัย โดย นายแพทย์ประวิช ตัญญสิทธิสุนทร

หมายเหตุ : *๑๐.๓๐ – ๑๐.๔๕ น. และ ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น. พักรับประทานอาหารว่าง*

ERC MoPH

เหมาะสำหรับ ** ผู้สนใจ นักวิจัย

แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง "การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP)"

ระหว่างวันที่ 1 - 2 เมษายน 2562

ณ ห้องประชุมโรงแรมนารายณ์ กรุงเทพมหานคร

****

โปรดกรอกข้อความด้วยตัวบรรจงและชัดเจน จุดประสงค์เพื่อทำใบประกาศ

❶ ชื่อ-นามสกุล (ตัวบรรจง) .....

ตำแหน่ง .....สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... มือถือ.....

E-mail ..... อื่นๆ .....

❷ ชื่อ-นามสกุล (ตัวบรรจง) .....

ตำแหน่ง .....สังกัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... มือถือ.....

E-mail .....อื่นๆ .....

ลงชื่อ ..... ผู้แจ้งรายชื่อ(ชัดเจน)

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

****

หมายเหตุ ❶ โปรดส่งแบบตอบรับให้ที่สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ภายในวันจันทร์ที่ 25 มีนาคม 2562 โทร 0 2590 6171-2 โทรสาร 0 2591 8251 E -mail : ecmoph@gmail.com

❷ ประสานงานด้านการอบรม คุณจิราวรรณ / คุณโสภิษ / คุณพนิดา /คุณภูวนาถ

เงื่อนไขและคำชี้แจง รายชื่อผู้เข้ารับการอบรม (หลักสูตรละไม่เกิน 2 ท่าน)

หมายเหตุ: 1. หากมีผู้ต้องการเข้าอบรมมากกว่า 2 ท่าน กรุณาติดต่อหน่วยงานผู้จัดก่อนที่จะส่งรายชื่อ (จะไม่รับผิดชอบรายชื่อเกินกว่าที่กำหนด)

☎ การจองห้องพัก กรุณาติดต่อกับโรงแรมโดยตรง

☺ คุณอุษาพร บุญเกิด 093-8580830

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

NARAI HOTEL

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก
การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP)
วันที่ 1-2 เมษายน 2562 ณ ห้องรัตนโกสินทร์-สุโขทัย โรงแรมนารายณ์ สีลม กรุงเทพฯ

1. ชื่อผู้เข้าพัก (ท่านที่ 1) : ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ ในการเปลี่ยนแปลง แก้ไขใบเสร็จทุกกรณี ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ระบุในใบเสร็จ

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว _____ นามสกุล _____

รายละเอียดในการออกใบเสร็จ : สถานที่ทำงาน (กรุณาระบุให้ชัดเจน)

_____

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขผู้เสียภาษี (หน่วยงาน) _____

โทรศัพท์มือถือ _____ โทรศัพท์หน่วยงาน _____ E-mail _____

1.1 ชื่อผู้เข้าพัก (ท่านที่2) : ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ ในการเปลี่ยนแปลง แก้ไขใบเสร็จทุกกรณี ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ระบุในใบเสร็จ

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว _____ นามสกุล _____

รายละเอียดในการออกใบเสร็จ : สถานที่ทำงาน (กรุณาระบุให้ชัดเจน)

_____

เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ หมายเลขผู้เสียภาษี (หน่วยงาน) _____

โทรศัพท์มือถือ _____ โทรศัพท์หน่วยงาน _____ E-mail _____

2. วันเข้าพัก *(Check in time 2:00 p.m. And Check out time 12:00 p.m.)*

เข้าพักวันที่ (Arrival Date) _____ ออกวันที่ (Departure Date) _____

3. การจองห้องพัก *(กรุณาส่งแบบฟอร์มภายในวันที่ 15 มีนาคม 2562 เท่านั้น)*

3.1 กรุณาส่งแบบสำรองห้องพัก **ถึง คุณอุษาพร บุญเกิด** ที่ **E-mail :usaporn.sa@naraihotel.co.th**

3.2 กรุณาตรวจผลการส่งเอกสารที่เบอร์ 0-2237-0100 ต่อ 7909 ***(หลังจากส่งเอกสารผ่านเรียบร้อยแล้ว)***

3.3 กรุณารอการยืนยันเอกสารทาง E-mail และเอกสารที่ถูกยืนยันจะต้องมีลายเซ็นพนักงาน และประทับตรา

3.4 กรณีต้องการยกเลิกการสำรองห้องพัก ผู้เข้าพักต้องส่งเอกสารทาง E-mail เพื่อแจ้งยกเลิกห้องพักล่วงหน้า 7 วันด้วยตนเอง

3.5 กรุณาส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก โดยด่วนที่สุด

4. ราคาห้องพัก *(ห้องพักแบบสแตนดาร์ด)*

☐ ห้องเดี่ยว (อาหารเช้า 1 ที่) ราคา 1,500 บาท _____ ห้อง _____ คืน

☐ ห้องคู่ (อาหารเช้า 2 ที่) ราคา 1,800 บาท _____ ห้อง _____ คืน

☐ ห้องคู่ + เสริมเตียง (อาหารเช้า 3 ที่) ราคา 2,800 บาท _____ ห้อง _____ คืน

5. การชำระเงินค่าห้องพัก

☐ ชำระค่าใช้จ่าย 100% ด้วยเงินสด หรือโอนเงิน (ภายใน 3 วันทำการ หลังจากทางโรงแรมฯ ส่งแบบฟอร์มตอบกลับ)
เพื่อยืนยันการจองห้องพัก **ชื่อบัญชี บจ. นารายณ์โฮเต็ล ธนาคารกรุงเทพ สาขา สีลม เลขที่บัญชี 118-4-52554-9**
(กรุณาตรวจสอบยอดเงินก่อนดำเนินการชำระ เนื่องจากทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี)

☐ ชำระเงิน 100% ณ วันเข้าพัก หากลูกค้าไม่สามารถเข้าพักได้ตามวันที่ระบุไว้ ลูกค้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนให้กับทางโรงแรมฯ โดยไม่มีเงื่อนไข

** กรณีลูกค้ายกเลิกห้องพัก น้อยกว่า 7 วันของวันที่เข้าพัก ลูกค้ายินดีที่จะชำระค่าใช้จ่ายเต็มจำนวนให้กับทางโรงแรมฯ โดยไม่มีเงื่อนไข **

222 Silom Road, Khwaeng Suriyawongse, Bangrak District, Bangkok 10500 Thailand
Tel (66 2) 237-0100 Ext. 8184 Fax (66 2) 635-7058 E-mail Duangporn@naraihotel.co.th