



ที่ สธ ๐๓๑๒/ ๑๑๕๕

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์  
๒๖๘/๑ ถนนพระรามที่ ๖ เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๗/กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- |                  |  |       |        |
|------------------|--|-------|--------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านคลินิก | จำนวน | ๑ ฉบับ |
|                  | ๒. ใบสมัคร                                       | จำนวน | ๑ ฉบับ |

ด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก อนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (หลักสูตร ๑ ปี) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ศัลยแพทย์ที่สนใจ ได้มีโอกาสฝึกฝนเพิ่มพูนความรู้ทักษะและความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดรักษาโรคทางศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและบรรเทาปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศ ที่มีผู้ป่วยมะเร็งตับเป็นอันดับหนึ่งของประเทศด้วยอีกประการหนึ่ง

ในการนี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ขอเชิญศัลยแพทย์ที่สนใจสมัครเข้ารับการอบรม โดยส่ง ใบสมัครที่แนบมาพร้อมนี้ มาที่กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ นางสาวพรนภา จันทรวีระกุล หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๒๖๘๐๐ ต่อ ๒๒๓๖ หรือ E-mail : nci.academic@gmail.com และ ดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้ที่ [www.kmnci.com](http://www.kmnci.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

กรม  
- ศัลยกรรม  
*[Signature]*

ขอแสดงความนับถือ

*[Signature]*

(นายวีระวุฒิ อิมสาราญ)

ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

(นายสุเทพ บุญสูตร)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ วิชาการในตำแหน่ง  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
๒๕ ก.ค. ๒๕๖๐

เขียนคุณสุภาวดี

ด้านเวชระเบียน

กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ

โทร. ๐ ๒๒๐๒ ๖๘๐๐ ต่อ ๒๒๓๘

โทรสาร. ๐ ๒๖๔๔ ๙๐๙๗

๒๖๓๘

๒๖๓๖๐



กรมการแพทย์  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

รูปถ่ายสีหน้าตรง

ขนาดกว้าง 2 นิ้ว

## ใบสมัครเข้าอบรม

หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก

อนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

### ก. ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล  นาย  นาง  นางสาว .....นามสกุล .....

วันเดือนปีเกิด..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... ออกให้เมื่อวันที่ .....

### ข. ต้นสังกัดที่ส่งเข้าฝึกอบรม

อิสระ

กระทรวง .....กรม/มหาวิทยาลัย/บริษัท .....

จังหวัด .....โรงพยาบาล .....

อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

### ค. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว

เลขที่..... หมู่ที่.....ซอย .....

ตำบล .....อำเภอ .....จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail .....

### ง. คุณวุฒิทางการศึกษา

สถาบันการศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี.....

ปีพ.ศ.ที่สำเร็จการศึกษา .....เกรดเฉลี่ย .....

วุฒิบัตร  หนังสืออนุมัติ สาขา .....

ออกให้เมื่อวันที่ .....โดยผ่านการฝึกอบรม/ปฏิบัติงานจากสถาบัน .....

### จ. ประสบการณ์การปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม / ภาระการชดใช้ทุน

\* ภาระการชดใช้ทุน (ให้นับรวมเวลาในการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ)

มี ปฏิบัติมาแล้ว.....ปี  ไม่มี ปฏิบัติชดใช้ครบถ้วนแล้ว 3 ปี  ไม่มี ชดใช้เงินแล้ว

\* ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเวลา..... ปี

นับจนถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560

\* สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

สถานที่ตั้ง .....

### ฉ. หลักฐานการสมัคร

(1) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(2) สำเนาใบปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิต

○ (3) สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้สมัครเป็นจริงทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าขาดคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง หรือตรวจสอบพบในภายหลังว่าข้อความที่ได้แจ้งไว้ในใบสมัครเป็นเท็จ หรือหลักฐานประกอบการสมัครเป็นเอกสารเท็จหรือปลอม ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิในการสมัคร แม้ว่าจะผ่านการคัดเลือกแล้วก็ตาม รวมทั้งทราบว่าอาจถูกดำเนินตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้สมัคร.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

**หมายเหตุ** ทมดเขตส่งใบสมัครวันที่ 30 มิถุนายน 2560

ส่งใบสมัครและหลักฐานทั้งหมดได้ทางไปรษณีย์หรือด้วยตนเองได้ที่ : กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

อาคารวิเคราะห์บำบัดโรคมะเร็ง ชั้น 3 ถนนพระราม 6 ราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทร 0 2202 6888 ต่อ 2205 Email: nci.academic@gmail.com

หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก  
อนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน  
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

๑. ชื่อหลักสูตร

(ภาษาไทย) หลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านคลินิก อนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดี และตับอ่อน

(ภาษาอังกฤษ) Clinical Fellowship Training Program in Hepatobiliary and Pancreatic Surgery

๒. ชื่อประกาศนียบัตร

(ภาษาไทย) ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านคลินิก อนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

(ภาษาอังกฤษ) Certificate of Clinical Fellowship Training Program in Hepatobiliary and Pancreatic Surgery

๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๔. หลักการและเหตุผลในการขอเปิดหลักสูตร

โรคทางศัลยศาสตร์ ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เป็นกลุ่มโรคที่พบบ่อยในคนไทย และมีแนวโน้มที่พบเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าวนี้ มักเป็นปัญหาสำหรับศัลยแพทย์ทั่วไป ทั้งในการวินิจฉัย การวางแผนการรักษา รวมไปถึงการผ่าตัดรักษา ซึ่งการผ่าตัดรักษาโรคทางศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เป็นการผ่าตัดที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง การให้การรักษาที่ไม่เหมาะสมอาจจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถึงชีวิตได้ ปัจจุบันศัลยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคทางศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ยังมีจำนวนน้อย ทำให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้ไม่ทั่วถึง กลุ่มงานศัลยศาสตร์ กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าว จึงได้เปิดหลักสูตรการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านคลินิก อนุสาขาศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Clinical Fellowship Training Program in Hepatobiliary and Pancreatic Surgery) เพื่อให้ศัลยแพทย์ที่สนใจได้มีโอกาสในการฝึกฝนเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญในผ่าตัดรักษาโรคทางศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดี และตับอ่อนเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยแก้ไขและบรรเทาปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศอีกทางหนึ่ง

๕. กำหนดการเปิดอบรม

เปิดฝึกอบรมวันที่ ๑ กรกฎาคม ของทุกปี (ยกเว้นปีแรก เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑๕ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๐)

๖. อาจารย์

๑. อาจารย์ผู้รับผิดชอบการฝึกอบรม

นพ.ระวิศักดิ์ จันทรวาสน์

๒. คุณสมบัติอาจารย์ผู้ฝึกอบรม

๑. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา
๒. ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์
๓. มีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ในศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อนไม่น้อยกว่า ๑ ปี
๔. เป็นผู้มีความรู้คุณธรรมและจริยธรรมอันดี

๓. อาจารย์ผู้ฝึกอบรม

๑. อาจารย์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๑. นพ.ระวิศักดิ์ จันทรวาสน์
๒. นพ.รพีพัฒน์ ถนอมเพ็ชรสง่า
๓. นพ.ชัยรัตน์ บุญเฉลียว
๔. พญ.หนึ่งฤทัย โอบารณภาลัย

๒. อาจารย์จากหน่วยงานอื่น

๑. พญ.ลินดา บรรวณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒. พญ.เสาวณีย์ ศรีรัตนพงษ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๓. นพ.สุรเชษฐ์ สิริพงษ์สกุล โรงพยาบาลจุฬารามณ์

๗. จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม

รับผู้เข้าฝึกอบรม ๒ คนต่อปี

๘. คุณสมบัติของผู้รับการฝึกอบรม

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

๑. ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา
๒. ได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ จากแพทยสภา
๓. มีความสนใจใฝ่รู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
๔. เป็นผู้มีความรู้คุณธรรม และจริยธรรมอันดี

๙. จำนวนปีการฝึกอบรม

หลักสูตรการฝึกอบรมมีระยะเวลา ๑ ปี

๑๐. วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม

เพื่อให้ศัลยแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมมีความรู้ ทักษะ และความชำนาญ ในวิชาเกี่ยวกับโรคทางศัลยศาสตร์ตับ ทางเดินน้ำดี และตับอ่อน สามารถไปใช้ประโยชน์ในการตรวจวินิจฉัย การดูแลและการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยต่อไป โดยศัลยแพทย์ ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว ควรมีความรู้และความสามารถดังต่อไปนี้

๑๐.๑ ความรู้พื้นฐาน

๑. มีความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ (Anatomy) พยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology) และพยาธิวิทยา (Pathology) ของระบบตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
๒. มีความรู้ด้านรังสีวินิจฉัย (Diagnosis imaging) ของโรคทางศัลยกรรมตับ ทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

วิธีการประเมิน แบ่งออกเป็น

ก. การสอบภาคทฤษฎี

๑) สอบข้อเขียนอัตนัย

๒) สอบข้อเขียนปรนัย

ข. การสอบภาคปฏิบัติ

๑) การสอบสัมภาษณ์

ผู้เข้ารับการประเมินต้องผ่านการสอบทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยภาคทฤษฎีต้องได้คะแนนสอบไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และภาคปฏิบัติต้องได้คะแนนสอบผ่านจากกรรมการสอบ จำนวน ๒ ใน ๓

๑๕. ผู้รับผิดชอบหลักสูตร

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๑๖. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของหลักสูตร

งบอุดหนุนประจำปี ๒๕๖๐