



ที่ ขบ ๐๐๓๒.๑/๐ ๐๓๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
รับเลขที่ ๑๘๒๓  
วันที่ ๑๖ ก.พ. ๒๕๕๘  
เวลา ๑๔.๓๐  
โรงพยาบาลชลบุรี

๖๙ หมู่ ๒ ถนนสุขุมวิท  
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง  
จังหวัดชลบุรี ๒๐๐๐๐

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข  
รับเลขที่ ๒  
วันที่ ๑๗ ก.พ. ๕๘  
เวลา ๑๔.๐๐

เรื่อง ขอเชิญประชุมวิชาการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/นายกเทศมนตรี/ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการประชุมวิชาการ จำนวน ๑ ชุด
- ๒. ใบลงทะเบียนประชุมวิชาการ จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย กลุ่มงานศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล โรงพยาบาลชลบุรี และชมรมทันตแพทย์ชลบุรี ได้จัดประชุมวิชาการทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๒๙ ขึ้นในระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ เมษายน ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุม Royal Summit (สยามบอลรูม) โรงแรม รอยัลครีฟ บีช เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ เสริมสร้างความสามัคคีและความสัมพันธ์อันดีในหมู่วิชาชีพทันตแพทย์

ในการนี้ กลุ่มงานศัลยกรรมช่องปากฯ โรงพยาบาลชลบุรี ขอเชิญทันตแพทย์ในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมประชุมวิชาการทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ ๒๙ ดังกล่าว ซึ่งทันตแพทย์สามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา โดยเบิกค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าลงทะเบียน จากต้นสังกัดตามสิทธิ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน...  
ดำเนินการ URS.

ขอแสดงความนับถือ

(นางลักขณา หังชขาด)  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
๑๖ ก.พ. ๒๕๕๘

(นายสวรรณค์ ขวัญใจพานิช)  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

-เน้นการประชาสัมพันธ์ให้บุคคล  
สมัครเข้าร่วมประชุม ทบ เว็บบ์-ลิว

กลุ่มงานศัลยกรรมช่องปากฯ

โทร ๐ ๓๘๙๓ ๑๔๔๓

โทรสาร ๐ ๓๘๙๙ ๗๐๘๗

# ใบลงทะเบียน

ประชุมวิชาการทันตแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 29

วันที่ 25 - 26 เมษายน 2559

ณ โรงแรมรอยัลครีฟ บีช เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี

ชื่อ ทพ./ ทพญ. ....

อายุ.....ปี เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

ที่อยู่ (สำหรับส่งใบเสร็จ)..... หมู่ที่.....

ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทร. ....

E-mail.....

จำนวนผู้ลงทะเบียน	ค่าใช้จ่าย คนละ	สมาชิก ชมรมฯ	รวมเป็นเงิน
พิกัด (พิกัดกับ ทพ./ ทพญ..... .....)	3,600	3,500	
พิกัดเดี่ยว	5,300	5,200	
ค่าอาหารเด็ก.....คน * สำหรับเด็กอายุ 4-12 ปี * เด็กอายุต่ำกว่า 4 ปี ไม่ต้องซื้อคูปองอาหาร	คนละ 1,000		
รวม			



Find us on:  
**facebook.** Facebook.com/ชมรมทันตแพทย์ชลบุรี  
Facebook.com/OMFS Chonburi HOSP

- กรณีลงทะเบียนพิกัดและไม่ระบุชื่อผู้พิกัดด้วยคณะผู้จัดงาน จะจัดผู้เข้าพิกัดตามความเหมาะสม
- ค่าลงทะเบียน สำหรับ 1 ท่าน ประกอบไปด้วย
  - ค่าที่พักคืนวันที่ 25 เมษายน 59
  - อาหารกลางวัน และอาหารเย็นวันที่ 25 เมษายน 59
  - อาหารเช้า และอาหารว่างวันที่ 26 เมษายน 59

## กรณีต้องการยกเลิกการลงทะเบียน

ถ้าแจ้งให้ทราบก่อนวันที่ 8 เมษายน 59

ท่านจะได้ค่าลงทะเบียนคืน แต่หักค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ 50 บาท

ถ้าหากแจ้งให้ทราบภายหลังจากวันที่ 8 เมษายน 59

ท่านจะไม่ได้รับค่าลงทะเบียนคืน

## สำหรับผู้ที่ต้องการพักก่อนและหลังวันประชุม

สำหรับผู้ที่ต้องการพักก่อน และหลังวันประชุม	ราคาห้องละ 3,500 (รวมอาหารเช้า 2 ท่าน)
เข้าพักคืนวันอาทิตย์ที่ 24 เมษายน 59	จำนวน.....ห้อง
เข้าพักคืนวันอังคารที่ 26 เมษายน 59	จำนวน.....ห้อง

## ส่งใบสมัครและสำเนาการโอนเงินมาที่

ทพญ. จริญญา พรสุมาลี  
กลุ่มงานศัลยกรรมช่องปากฯ  
โรงพยาบาลชลบุรี ถ. สุขุมวิท อ.เมือง  
จ.ชลบุรี 20000 หรือ โทรสาร 038-797087  
chonburident@gmail.com

## วิธีชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย

ท่านสมาชิกที่ได้รับ SLIP BANK กลุ่มงานศัลยกรรมช่องปากฯ  
โรงพยาบาลชลบุรี ส่งให้ตามตัวอย่างนี้ กรุณากรอกข้อมูลให้  
ครบถ้วนโดยเฉพาะ

Ref. 1/ท คือ เลขที่ประกอบวิชาชีพทันตกรรม  
Ref. 2 คือ หมายเลขโทรศัพท์ผู้ลงทะเบียนที่ติดต่อได้  
(รับโอนเงินเฉพาะ บมจ. ธนาคารกรุงไทย เท่านั้น)

Ref. 1/ท 1234

Ref. 2 08-1234-5678

ชื่อ-นามสกุล ทพ. มั่นใจ ใจดี



เพื่อเข้าบัญชี การประชุมวิชาการทันตแพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี  
๕. กรุงเทพฯ สาขาย่อยโรงพยาบาลชลบุรี

(สำหรับลูกค้า)

## รับเฉพาะเงินสด

วันที่ .....



COMPANY CODE

9237

Ref. 1/ท .....

Ref. 2 .....

ชื่อ-นามสกุล .....

Ref. 1/ท คือ เลขที่ประกอบวิชาชีพทันตกรรม  
Ref. 2 คือ หมายเลขโทรศัพท์ผู้ลงทะเบียนที่ติดต่อได้

จำนวนเงิน ตัวอักษร		จำนวนเงิน ตัวเลข	
-----------------------	--	---------------------	--

ผู้นำส่ง.....เจ้าหน้าที่ธนาคาร.....ผู้รับเงิน.....

(สำหรับธนาคาร)

## รับเฉพาะเงินสด

วันที่ .....

Ref. 1/ท คือ เลขที่ประกอบวิชาชีพทันตกรรม  
Ref. 2 คือ หมายเลขโทรศัพท์ผู้ลงทะเบียนที่ติดต่อได้

จำนวนเงิน ตัวอักษร		จำนวนเงิน ตัวเลข	
-----------------------	--	---------------------	--

ผู้นำส่ง.....เจ้าหน้าที่ธนาคาร.....ผู้รับเงิน.....



COMPANY CODE

9237

Ref. 1/ท .....

Ref. 2 .....

ชื่อ-นามสกุล .....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
รับเลขที่ ๑๗๕๕  
วันที่ ๑๕ ก.พ. ๒๕๕๙  
เวลา ๑๕.๐๐



ที่ สธ ๐๙๐๔.๐๗/ ๑๕๕๕

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข  
รับเลขที่ 19  
วันที่ 14 ก.พ. 59  
เวลา 14.00

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าร่วมอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาโครงการอบรมเรื่อง การคุ้มครองผู้บริโภคด้านทันตสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙  
๒. กำหนดการอบรม  
๓. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

ด้วยกรมอนามัย ได้กำหนดจัดอบรมเรื่อง การคุ้มครองผู้บริโภคด้านทันตสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านทันตสุขภาพและผลิตภัณฑ์ทันตสุขภาพ เพื่อให้ทันตบุคลากรสามารถใช้งานและให้คำแนะนำแก่ประชาชนได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ในระหว่างวันที่ ๑๐ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมมารวย การ์เด้นท์ ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพมหานคร

กรมอนามัย ขอเรียนเชิญบุคลากรที่เกี่ยวข้องในจังหวัดของท่านจำนวน 2 ท่าน เข้าร่วมอบรมฯ โดยเบิกจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยง ที่พัก ยานพาหนะ จากต้นสังกัด ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม จากกรมอนามัย และกรุณาแจ้งรายชื่อผู้สมัครเข้าร่วมอบรมไปยังสำนักทันตสาธารณสุข ภายในวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต และกรุณาแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อสมัครเข้าร่วมอบรมฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....  
ดำเนินการ / *ศิริพร*

ขอแสดงความนับถือ

*สม*  
(นางอัษษมา หิงชชาติ)  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริหารทางการแพทย์  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๑๖ ก.พ. ๒๕๕๙

(นายสุธา เจียรณณ์โชติชัย)

รองอธิบดีกรมอนามัย รักษาราชการแทน

อธิบดีกรมอนามัย

สำนักทันตสาธารณสุข

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๑๕

โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๓

-มอบ คุณสุวิภา บวรบูรณ์ ดำเนินการ

*ศิริพร* / *ศกพ ช.ก.*

ใบตอบรับเข้าร่วมโครงการอบรม

เรื่อง การคุ้มครองผู้บริโภคด้านทัศนสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙

วันที่ ๑๐ - ๑๑ มีนาคม ๒๕๕๙

ณ โรงแรมมารวย การ์เด็นท์ ถ.พหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพมหานคร

๑. ชื่อหน่วยงาน สสจ./รพ./ศอ. (เขียนให้ชัดเจน) .....

๒. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม (ตัวบรรจง)

๒.๑ ชื่อ-สกุล (เขียนให้ชัดเจน).....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....มือถือ.....Email.....

๒.๒ ชื่อ-สกุล (เขียนให้ชัดเจน).....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....มือถือ.....Email.....

๒.๓ ชื่อ-สกุล (เขียนให้ชัดเจน).....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....มือถือ.....Email.....

๓. การสำรองห้องพัก : จัดให้เข้าพักที่ โรงแรมมารวย การ์เด็นท์ ถ.พหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพมหานคร (โดยจัดให้พักคู่)

พัก ต้องการเข้าพักตั้งแต่วันที่.....มีนาคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่.....มีนาคม ๒๕๕๙

พักคู่กับ (ชื่อ-สกุล).....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....มือถือ.....E-mail.....

ไม่พัก

๔. อาหาร  ไทย  อิสลาม  มังสวิรัติ

๕. โปรดส่งแบบฟอร์มนี้เพื่อการยืนยันการสำรองห้องพัก ภายในวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

ชื่อผู้ประสานงาน คุณแคทเธีย เทียงศิริ ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๑๕ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๓

E-mail : katthiya.t@anamai.mail.go.th

หรือ คุณศิริวิมล อู่ศิริ ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๑๕ ๐๙๘ ๓๗๑ ๑๒๕๙ โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๔๒๐๓

E-mail : sirivimol.u@anamai.mail.go.th

หมายเหตุ - หากไม่สามารถจองห้องพักภายในเวลาที่กำหนด ผู้จัดไม่สามารถรับผิดชอบที่พักให้ได้  
ยืนยันการเข้าพักแล้ว กรุณาเข้าพักตามที่ท่านแจ้งด้วย

- โปรดนำหนังสือส่งตัวผู้เข้าร่วมอบรม และสำเนาหนังสืออนุมัติเดินทางของท่านที่เข้าร่วม  
อบรม โดยวันขออนุมัติต้องครบคลุมวันที่เดินทางทั้งขามาและขากลับ