



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 ๖๐๐
 วันที่ ๑๕ มี.ค. ๒๕๕๙
 เวลา ๑๕:๐๐

ที่ สธ ๐๕๐๔/๙๗๒

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย
 และการแพทย์ทางเลือก
 กระทรวงสาธารณสุข
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี
 ๑๑๐๐๐

๑๓ มกราคม ๒๕๕๙

กลุ่มนายแพทย์พัฒนาการแพทย์แผนไทย
 หมายเลข ๗๘
 วันที่ 18 / 1 / 2559
 เวลา ๗.๓๐

เรื่อง ขอเชิญโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมโครงการ
 เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด พระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการ ๑ ฉบับ
 แบบตอบรับ ๑ ฉบับ

ตามที่ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกองการแพทย์พื้นบ้านไทย ได้ดำเนินการโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต สำหรับผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ด้วยภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน วัตถุประสงค์สำคัญของโครงการเพื่อศึกษารูปแบบ การดูแลรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน และจัดทำเป็นคู่มือ “รูปแบบการดูแลอัมพฤกษ์ อัมพาต สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ด้วยภูมิปัญญา หมอพื้นบ้าน” ดำเนินการในพื้นที่ 13 เขตบริการสุขภาพ นั้น

ในการนี้ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ขอเชิญโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งแพทย์แผนไทยหรือผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเข้าร่วมโครงการข้างต้น รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน โชน
 ดำเนินการ ประสาน/แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

พ.ศ. ๗๐๖๖๖

๑๕ มี.ค. ๒๕๕๙
 (นางลลิตา คังขชาติ)
 นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(นางวงเดือน จินดาวัฒน์)
 ผู้ช่วยอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- มทบคุณสุวิทย์พร/จณพ
 ดำเนินการ ประสาน/แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

กองการแพทย์พื้นบ้านไทย
 โทร / โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๗๘๐๘

๑๕ มี.ค. ๒๕๕๙

๐๐๔-๑๓ ๒๒ ๒๔

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต
สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนด้วยภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน

แบบตอบรับของจังหวัด.....

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-Mail:

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-Mail:

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-Mail:

๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-Mail:

กรุณาส่งแบบตอบรับ : ภายในวันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๕๙

ส่งมาที่ กองการแพทย์พื้นบ้านไทย

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๒๕๙๑ ๗๘๐๘ และ ๐ ๒๑๔๙ ๕๖๐๐

ผู้ประสานงาน

ภาคเหนือ : นางสาวอรพินท์ ครุฑจับนาค, นายกฤษณะ คตสุข

ภาคกลางและตะวันออก : นางสาวอรจิรา ทองสุกมาก, นางสาวสิริรักษ์ อารทรากร

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : นางสาวภราดร สามสูงเนิน, นายสมัคร สมวาง

ภาคใต้ : นางสาวกมลทิพย์ สุวรรณเดช, นางสาวจิราภรณ์ บุญมาก

.....