



ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

62 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก ต.องครักษ์ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120

สำนักงาน: อารามลอยจันทวัด
พระครูพิบูลย์
รับเลขที่: ๒๕๕๕
วันที่: ๕ มี.ค. ๒๕๕๙
เวลา: ๑๖.๐๐

ศร. 0519.4.18/540

วันที่ 3 มีนาคม 2559

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรร่วมโครงการอบรมวิชาการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการ
สิ่งที่แนบมาด้วย แบบฟอร์มการลงทะเบียน

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
รับเลขที่: ๑๕๓
วันที่: ๕ มี.ค. ๒๕๕๙
เวลา: ๑๐.๐๐ น.

ด้วย ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีความประสงค์จะจัดโครงการ
อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไต ครั้งที่ 22 เรื่อง การวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
คลินิกชะลอไตเสื่อมในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4 ณ โรงแรมธาราแกรนด์ จังหวัดปทุมธานี ในวันที่ 11 มีนาคม
2559 ในระหว่างเวลา 15.00-22.00 น. และร่วมงานวันไตโลกเขตสุขภาพที่ 4 ในวันที่ 12 มีนาคม 2559 ดังนั้น จึง
ขอเชิญแพทย์-พยาบาล-บุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานคลินิกชะลอไตเสื่อม โดยไม่เสียค่าที่พัก
ค่าอาหาร และค่าลงทะเบียน ทั้งนี้ ขอให้ตอบรับการเข้าร่วมอบรมทางอีเมลล์ capd_swu@hotmail.com ภายใน
วันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2559

จึงเรียนเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ไปยังแพทย์-พยาบาล-บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจลงทะเบียนเข้า
อบรมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน..... NED
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุเทพ บุญสุตร)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

ภาคการในตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๐๗ มี.ค. ๒๕๕๙

Sam P. Jua

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง สิริภา ช้างศิริกุลชัย

ประธานการจัดประชุม

เขียน งานโรคไต

ดำเนินการ

๑๕๓



แบบลงทะเบียนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคไต ครั้งที่ 22
เรื่อง การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมในเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 4

ชื่อ-นามสกุล.....

เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

Email address:.....

ตำแหน่งงาน..... หน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อดีสะดวก.....

ต้องการห้องพัก วันที่เข้า..... วันที่ออก.....

ระบุชื่อผู้ร่วมพักด้วย..... รพ.....

ผู้เข้าอบรมจะได้รับการยกเว้นค่าห้องพัก 1 คืน คณะผู้จัดจะจัดให้พักคู่ และจะดำเนินการให้พักร่วมกับผู้รับการ
การระบุนชื่อก่อนเท่าที่จะทำได้

ขอพักเดี่ยว ส่วนผู้ต้องการพักเดี่ยวจะต้องชำระค่าห้องเพิ่ม 600 บาทต่อคืน ไม่ต้องการห้องพัก

ต้องการอาหารมังสวิรัต

ไม่ต้องการห้องพัก

กรุณาลงทะเบียนภายในวันที่ 9 มีนาคม 2559 โดยสามารถลงทะเบียนได้โดย

1. ทำการ scan หรือถ่ายรูปใบลงทะเบียนส่งมาที่ Email: capd_swu@hotmail.com

2. โทรแจ้งชื่อ-นามสกุลมายังหน่วยงานดังไคทางช่องท้อง 037-395085 ต่อ 10729 ในวัน-เวลาราชการ

ผู้ประสานงาน นางสาวสุพรรณณี ขวัญสุข โทรศัพท์เคลื่อนที่ 083-9516391