

ใบลงทะเบียน

สมัครเข้าอบรม แนวคิด และทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ครั้งที่ 1 วันที่ 6-9 สิงหาคม 2562

*** เพื่อประโยชน์ของท่านเอง กรุณากรอกด้วยปากกามือดำ เขียนตัวบรรจง-ให้อ่านออกได้ชัดเจน***

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.2562

ผู้สมัคร คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

แพทย์ ใบบรรณบัตรวิชาชีพเวชกรรม เลขที่..... พยาบาล บุคลากรอื่น(ระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถติดต่อได้ทางไปรษณีย์)

โรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

หรือ เลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

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

โทรศัพท์.....มือถือ..... โทรสาร..... E-mail.....

สำหรับผู้สมัครที่เป็นแพทย์ จบแพทยศาสตรบัณฑิตเมื่อ พ.ศ..... จากสถาบัน.....

เข้าโครงการเพิ่มพูนทักษะที่โรงพยาบาล.....ตั้งแต่.....ถึง.....

การปฏิบัติงานหลังจากได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

โรงพยาบาล	ตำแหน่ง	สาขาวิชา	ตั้งแต่	ถึง

ปัจจุบันทำงานที่ โรงพยาบาล/คลินิก/.....

เลขที่.....ถนน/ซอย.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สัดส่วนผู้ป่วยที่ท่านให้บริการ ในระหว่าง 1 มิ.ย. 2561 ถึง 31 พ.ค. 2562

ทั่วไป/อายุรกรรม.....% กุมารฯ.....% ศัลยกรรม.....% อื่น ๆ (เช่น จักษุ ENT ฯลฯ)ระบุ.....%

ประสบการณ์การทำงานอื่น ที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ หรือ เวชปฏิบัติครอบครัว มีความสำคัญ – จะนำไปประกอบการจัดการอบรม

งาน	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)	ลักษณะงาน
การทำงานที่หน่วยปฐมภูมิ/CMU/รพ.สต.		
การออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย		
งานด้านส่งเสริมฯ ป้องกัน		
งานอื่น ๆ ระบุ...		

แผนงาน/ความต้องการ/ความคาดหวัง จากการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

.....
.....

- 25,000.00 บาท (สำหรับแพทย์ เข้าอบรมตลอดหลักสูตร รวม 3 ครั้ง 4 วัน)
- 8,500.00 บาท (สำหรับแพทย์ เข้าอบรมครั้งที่ 1 รวม 4 วัน)
- 5,000.00 บาท (สำหรับบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ อบรมทั้ง 4 วัน)
- 4,500.00 บาท (สำหรับผู้เข้าอบรมเฉพาะวันที่ 6-7 ส.ค.62)
- 4,500.00 บาท (สำหรับผู้เข้าอบรมเฉพาะวันที่ 8-9 ส.ค.62)

โอนเงินเข้าบัญชี “แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว” เลขที่บัญชี 041-1-32033-5 ธนาคารกรุงไทย บัญชีออมทรัพย์ สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่

ส่งใบสมัคร พร้อมแนบสำเนาการโอนเงินที่ลงนามรับรอง ไปที่ โทรสาร 0-2716-6657 หรือ e-mail: tgpfpat.fmth@gmail.com