



ที่ นน ๐๐๓๒.๐๑๒/๕๐๐๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน  
ถนนน่าน-ทุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์  
อำเภอเมืองน่าน นน ๕๕๐๐๐

๑๗ กันยายน ๒๕๖๒

เรื่อง ส่งสำเนาหนังสือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ขอส่ง สำเนาหนังสือ ดังนี้

- สำเนาหนังสือ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ที่ สธ ๐๓๑๒/ว๒๑๘ วันที่ ๔ กันยายน ๒๕๖๒ เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้าร่วมการอบรม

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๕๔๖๐ ๐๐๗๘



เลขที่..... 1281 ..... สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี  
วันที่..... 17 ก.ย. 2562 ..... เลขที่..... 11599 .....  
เวลา..... 11.29 น. ..... วันที่..... 6 ก.ย. 2562 .....  
เวลา..... 9.50 .....

ที่ สธ ๐๓๑๒/ว ๒๖๘

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู  
ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
ตำบลประชาริบัติย์ อำเภอธัญบุรี  
จังหวัดปทุมธานี ๑๒๑๓๐

๒ กันยายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ๑ ฉบับ

ด้วยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จัดการอบรมหลักสูตร การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบการสร้างความเข้มแข็งในผู้ป่วยยาเสพติด เพื่อให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างความเข้มแข็งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเลิกยาเสพติด เพิ่มอีก ๑ รุ่น จำนวน ๕๐ คน ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ กันยายน ๒๕๖๒ ณ สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ขอเรียนเชิญบุคลากร ในหน่วยงานของท่านที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เข้ารับการอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน ส่วนค่าที่พัก ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง เบิกจากต้นสังกัด สามารถลงทะเบียนเข้ารับการอบรมได้ที่เว็บไซต์สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี <http://www.pmnidat.go.th> หรือลงทะเบียนผ่าน QR Code

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาส่งบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้ารับการอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ



ขอแสดงความนับถือ

TH

(นายสรายุทธ บุญชัยพานิชวัฒนา)

ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กลุ่มงานถ่ายทอดเทคโนโลยีฯ

โทร. ๐ ๒๕๓๑ ๐๐๘๐-๘ ต่อ ๔๑๗

โทรสาร ๐ ๒๕๓๒ ๕๑๘๗

กมลทิพย์

ใบลงทะเบียนเข้ารับการอบรม  
หลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบการสร้างความเข้าใจในผู้ป่วยยาเสพติด  
ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ กันยายน ๒๕๖๒  
ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี จังหวัดปทุมธานี

ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... ตำบล.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....

E-mail..... รับประทานอาหาร ทั่วไป/มังสะวิรัต/อิสลาม.....

(พิมพ์/เขียนชื่อให้ชัดเจนและถูกต้อง เพื่อผลประโยชน์ของท่าน)

ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมทาง เว็บไซต์สถาบันฯ (<http://www.pmnidat.go.th>)  
ตามวันที่กำหนดแต่ละหลักสูตร

สามารถลงทะเบียนเข้ารับการอบรมได้ที่เว็บไซต์  
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี  
<http://www.pmnidat.go.th> หรือลงทะเบียนผ่าน QR Code



ยืนยันการเข้ารับการอบรมหลังจากประกาศรายชื่อ ภายใน 7 วัน  
ถ้าไม่ยืนยันจะถือว่าสละสิทธิ์ โทรศัพท์ 02 531 0080 ต่อ 417