



ที่ นน ๐๐๓๒.๐๐๑.๒/๖๖๑๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน  
ถนนน่าน – ทุ่งช้าง ตำบลผาสิงห์  
อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ๕๕๐๐๐

๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมมาตรฐานฉบับใหม่ และเครื่องมือคุณภาพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือศูนย์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่ ศธ ๖๕๕๓(๘) ๒พร./๖๔๒ ลงวันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๑

ด้วยศูนย์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมการอบรม มาตรฐานฉบับใหม่ และเครื่องมือคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลในเครือข่าย HACCP ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน และจังหวัดใกล้เคียง ระหว่างวันที่ ๔ – ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมชั้น ๑๕ อาคารเฉลิมพระบารมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน คนละ ๑,๕๐๐ (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน จึงขอแจ้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมอบรมมาตรฐานฉบับใหม่ และเครื่องมือคุณภาพ โดยส่งแบบลงทะเบียนเข้าร่วมการอบรมพร้อมชำระเงิน ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๒ และสามารถดูรายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติมได้ทาง Website : [WWW.med.cmu.ac.th/hospital/ha](http://WWW.med.cmu.ac.th/hospital/ha)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

**นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง**  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๕๔๖๐๐๐๖๘

โทรสาร ๐ ๕๔๖๐ ๐๐๖๘

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
เลขที่รับ ๖470  
วันที่ 18 6 61  
เวลา 14.25 น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน  
เลขที่รับ 14029  
วันที่ 18 6 2561  
เวลา 10.14



ที่ ศธ ๖๕๙๓ (๘).๒ พร. / ๖๔๒

ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล  
๑๑๐ ถนนอินทวโรรส ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง  
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๖ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าอบรมมาตรฐานฉบับใหม่ และเครื่องมือคุณภาพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบลงทะเบียน ๑ ฉบับ

ด้วย ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้กำหนดจัดการอบรมมาตรฐานฉบับใหม่ และเครื่องมือคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลในเครือข่าย HACC ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน และจังหวัดใกล้เคียง ระหว่างวันที่ ๔-๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมชั้น ๑๕ อาคารเฉลิมพระบารมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เพื่อให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมอบรมได้มีแนวคิด และปรัชญาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลสามารถใช้เครื่องมือพื้นฐานและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพได้อย่างเหมาะสม ในการนี้ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงขอเชิญท่าน และ บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ค่าลงทะเบียนคนละ ๑,๕๐๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยสามารถดูรายละเอียดข้อมูลเพิ่มเติมได้ทาง Website : [www.med.cmu.ac.th/hospital/ha](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha) ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นข้าราชการสามารถเบิกค่าลงทะเบียนได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๔๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สิทธิชา สิริอารีย์)

ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

คุณปริศนา

งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
โทรศัพท์ ๐ ๕๓๙๓ ๕๑๖๖  
โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๑๖๗

๑ ๘ ๖.ค. ๒๕๖๑

แบบลงทะเบียนเข้าร่วมอบรมมาตรฐานฉบับใหม่ และเครื่องมือคุณภาพ

โรงพยาบาล .....จังหวัด.....

ขอส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุม จำนวน .....คน รายชื่อดังนี้.-

ชื่อ - สกุล 1.....วิชาชีพ.....  
2.....วิชาชีพ.....  
3.....วิชาชีพ.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....เบอร์มือถือ.....

E-Mail Address.....

ขอความกรุณาเขียนตัวบรรจงและสามารถพิมพ์รายชื่อเพิ่มเติมแล้วส่ง Fax มายังเบอร์ 053-935167

อัตราค่าลงทะเบียน 1500 บาท / ท่าน (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

การชำระค่าลงทะเบียน

ข้าพเจ้าได้ชำระค่าลงทะเบียนเป็นเงิน.....บาท โดย.-

- ☐ ชำระโดยเงินสด ที่งานพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่
- ☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มช.

ชื่อบัญชี “บัญชีเงินรับฝากคณะแพทยศาสตร์ “ เลขที่บัญชี 566 - 4 - 11830 - 0

เมื่อโอนแล้วกรุณาส่ง Fax ไปโอนเงินและแบบลงทะเบียนมายังงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

โทรสาร 0 5393 5167 และขอให้ทางคณะแพทยศาสตร์ มช. ออกใบเสร็จ

☐ ในนามโรงพยาบาล ☐ ตามรายชื่อผู้ลงทะเบียน

หมายเหตุ

- การลงทะเบียนจะสมบูรณ์ เมื่อผู้จัดได้รับแบบลงทะเบียนพร้อมหลักฐานการชำระเงิน (สำเนาใบโอนเงินเข้าบัญชี หรือ ธนาณัติ) และจะทำการส่งใบยืนยันตอบรับการเข้าร่วมประชุม ไปยังท่านตามที่อยู่ข้างต้น
- งดลงทะเบียนหน้างาน
- ผู้จัดงานปิดรับลงทะเบียนภายในวันที่ 31 มกราคม 2562 และสงวนสิทธิ์ในการปิดรับลงทะเบียนก่อนกำหนดดังกล่าว
- ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อ วิมลมาศ อินตา โทรศัพท์ 0 5393 5167