



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสิรินธร (ฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร ๐๒ ๓๒๘ ๖๙๐๑-๑๙ ต่อ ๑๔๔๒๕)

ที่ ผวช. ๑๓๐ /๒๕๖๐

วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติให้ข้าราชการเข้าร่วมอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

ด้วยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จัดอบรม “แนวทางในการประเมินอาการและนำส่งตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตสำหรับตำรวจและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน” ในวันที่ ๒๕ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมริชมอนด์ สไตลชี คอนเวนชั่น นนทบุรี

ข้อเท็จจริง ปลัดกรุงเทพมหานคร มีคำสั่งกรุงเทพมหานคร ที่ ๒๔๗๐/๒๕๕๒ ลงวันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๒ เรื่อง มอบอำนาจให้ข้าราชการปฏิบัติราชการแทน ในการอนุมัติให้ข้าราชการและลูกจ้าง กรุงเทพมหานครในสังกัด ไปฝึกอบรม ประชุม ดูงาน และเป็นวิทยากร ภายในหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. การเดินทางไปราชการนั้น ไม่เกิน ๕ วันทำการ
๒. ไม่เบิกค่าใช้จ่ายจากกรุงเทพมหานคร
๓. สถานที่จัดตั้งอยู่ในกรุงเทพและต่างจังหวัด

ฝ่ายวิชาการและแผนงาน พิจารณาแล้วเห็นควรอนุมัติให้ นางสาวจิราภรณ์ แพร่ทวน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เข้าร่วมการสัมมนา ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยขอไม่ถือเป็นวันลาและไม่เบิกค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบแล้วว่ารายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมดังกล่าว ไม่ซ้ำซ้อนกับการฝึกอบรม ประชุม สัมมนาฯ ดูงาน หลักสูตรอื่น ในช่วงเวลาเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

นางสาวพรณีย์ ทศยาพันธุ์
(นางสาวพรณีย์ ทศยาพันธุ์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน

อ.ก.

AS

(นายชลชัย จงจิระศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร
๒๑ ธ.ค. ๒๕๖๐

สำนักงานผู้ช่วยการ
วันที่ ๑๘ ธ.ค. ๒๕๖๐

โรงพยาบาลสิรินธร

รับที่ ๘๕๓๐

วันที่ ๑๘ ธ.ค. ๒๕๖๐

เวลา ๕.๐๖ น.

ด่วนที่สุด
วันที่ ๑๘ ธ.ค. ๒๕๖๐
เรียน ผอ.สนพ.



เรียน ผอ.รพ. (ผ่าน รพ.รช. ๘๕๓๐) (๘๕๓๐)

☒ เพื่อโปรดทราบ

☐ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นควรมอบให้... ผอ.รพ.รช.

ตามหนังสือ สพอ. ที่ ๐๗/๕๒๓๑ ลว ๖ ธ.ค. ๖๐
แจ้งขอเชิญบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินเข้าร่วมโครงการ
อบรมให้ความรู้ "แนวทางในการประเมินอาการและนำส่ง
ตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตสำหรับตำรวจและบุคลากรด้าน
การแพทย์ฉุกเฉิน" ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๐
ณ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชั่น นนทบุรี นั้น

ในการนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้มีความ
ผิดปกติทางจิตให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ศบอ. พิจารณาแล้วเห็นสมควรให้
บุคลากรในสังกัดสำนักงานการแพทย์เข้าร่วมโครงการอบรม
ดังกล่าว ดังนี้

๑. น.ส.สุชาดา เย็นทรง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพท
๒. น.ส.จิราภรณ์ แพร่ด่วน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพส
๓. น.ส.อุทัยวรรณ ปัทมานุช
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพส.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ลงนามหนังสือเรียน
ผอ.รพท และ ผอ.รพส. ให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วม
โครงการอบรมฯ อำนาจอนุมัติหรืออนุญาตเป็นของ ป.กทม.
โดยมอบอำนาจการอนุมัติหรืออนุญาตเป็นของ ผอ.รพท.
ตามคำสั่งกรุงเทพมหานครที่ ๒๕๗๖/๒๕๕๖ ลงวันที่
๓๑ มิถุนายน ๒๕๕๖

(นายพรเทพ แก่แข็ง)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์
กรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)
ที่ กท. ๐๖๖๓/๗๔๕๕ สำนักงานการแพทย์
เรียน ผอ.รพท, ผอ.รพส. ๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๐

เพื่อทราบและพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรในสังกัด
เข้าร่วมโครงการอบรมฯ ในวัน เวลา สถานที่ดังกล่าว ดังนี้

๑. น.ส.สุชาดา เย็นทรง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพท
๒. น.ส.จิราภรณ์ แพร่ด่วน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพส
๓. น.ส.อุทัยวรรณ ปัทมานุช
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพส.

(นายชาลี วชิรศรีสุนทร)

รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักการแพทย์
๑๕ ธ.ค. ๒๕๖๐

ปฐ ๐๘ ธ.ค. ๖๐

(นางศิริพร นวลศิริสมบุญ)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายบริหารและพัฒนา
โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานเขต

ฝ่ายวิชาการและแผนงาน

วันที่ ๑๘ ธ.ค. ๒๕๖๐

ผู้รับ กิตติคุณ ๑๐-๒๒๔

(นายชลชัย จงจิระศิริ)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิรินธร
๑๘ ธ.ค. ๒๕๖๐

☒ ทราบ

เห็นควรมอบ

☒ ฝ่าย... ฝ่ายวิชาการ

☒ กลุ่มงาน... กลุ่มงานพัฒนา

☐ กองงาน... กองงานบริหาร

นางสาวพรรณิพย์ ทิพย์พันธ์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน

๑๙ ธ.ค. ๖๐

๔) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____

ระดับ _____

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้

“แนวทางในการประเมินอาการและนำส่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตสำหรับตำรวจและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน”

ในระหว่างวันที่ ๒๕ - ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๐

ณ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชัน นนทบุรี

ข้อมูลส่วนบุคคล (กรุณาให้ข้อมูลในแบบตอบรับอย่างครบถ้วน)

หน่วยงาน _____

เดินทางจากบ้านพักเลขที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

๑) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ ระดับ _____

อาหาร () อิสลาม () ไทย

เข้าพักวันที่ _____ ออกจากที่พักวันที่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____

ประมาณการค่าเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่าน กับ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชัน นนทบุรี
จำนวนเงิน บาท

๒) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ ระดับ _____

เดินทางจากบ้านพักเลขที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

อาหาร () อิสลาม () ไทย

เข้าพักวันที่ _____ ออกจากที่พักวันที่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____

ประมาณการค่าเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่าน กับ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชัน นนทบุรี
จำนวนเงิน บาท

๓) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ ระดับ _____

เดินทางจากบ้านพักเลขที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

อาหาร () อิสลาม () ไทย

เข้าพักวันที่ _____ ออกจากที่พักวันที่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____

ประมาณการค่าเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่าน กับ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชัน นนทบุรี

๗) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)

นามสกุล

ตำแหน่ง

ระดับ

เดินทางจากบ้านพักเลขที่

ตำบล

อำเภอ

จังหวัด

อาหาร () อิสลาม () ไทย

เข้าพักวันที่

ออกจากที่พักวันที่

โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร

E-mail :

ประมาณการค่าเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่าน กับ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชัน นนทบุรี
จำนวนเงิน บาท

๘) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)

นามสกุล

ตำแหน่ง

ระดับ

เดินทางจากบ้านพักเลขที่

ตำบล

อำเภอ

จังหวัด

อาหาร () อิสลาม () ไทย

เข้าพักวันที่

ออกจากที่พักวันที่

โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ

โทรสาร

E-mail :

ประมาณการค่าเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่าน กับ โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชัน นนทบุรี
จำนวนเงิน บาท

หมายเหตุ

๑. ผู้ที่พัก(เฉพาะโรงแรมที่ทางคณะทำงานจัดให้) ทั้งนี้ ขอสงวนสิทธิ์ในการจัดคู่เข้าพักของผู้เข้าร่วม โดยทางคณะทำงานจะเป็นผู้ดำเนินการจัดให้
๒. สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการอบรมฯ ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลขอสงวนสิทธิ์การเบิกค่าที่พัก
๓. กรณีผู้เข้าร่วมโครงการอบรมฯ ยืนยันการเข้าพักแต่มีการเปลี่ยนแปลงในภายหลังนั้น ผู้เข้าร่วมโครงการอบรมฯ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด
๔. ระบุวันเวลาที่พักที่ออกเดินทางเพื่อเตรียมเอกสารเบิกค่าใช้จ่ายและประมาณการค่าเดินทางไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่านถึงโรงแรมที่จัด

กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการอบรมฯ ไปยังสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๑๔๔ ๕๕๕๔ หรือทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : omhcoffice@gmail.com

ภายในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๐

ผู้ประสานงาน : นางสาวสุชาดา เทียมธรรม โทร ๐ ๒๕๕๐ ๘๐๕๖ , ๐๙ ๐๙๘๒ ๘๐๑๖
นางสาววชิรญาณ์ สรรพคุณ โทร ๐ ๒๕๕๐ ๘๐๓๐ , ๐๘ ๕๕๔๒ ๙๓๑๙

๔) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ ระดับ _____

เดินทางจากบ้านพักเลขที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

อาหาร () อิสลาม () ไทย

เข้าพักวันที่ _____ ออกจากที่พักวันที่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____

ประมาณการค่าเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่าน กับ โรงแรมริชมอนด์ สไตส์ลิส คอนเวนชั่น นนทบุรี

จำนวนเงิน บาท

๕) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ ระดับ _____

เดินทางจากบ้านพักเลขที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

อาหาร () อิสลาม () ไทย

เข้าพักวันที่ _____ ออกจากที่พักวันที่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____

ประมาณการค่าเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่าน กับ โรงแรมริชมอนด์ สไตส์ลิส คอนเวนชั่น นนทบุรี

จำนวนเงิน บาท

๖) ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) _____ นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____ ระดับ _____

เดินทางจากบ้านพักเลขที่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

อาหาร () อิสลาม () ไทย

เข้าพักวันที่ _____ ออกจากที่พักวันที่ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____ โทรสาร _____

E-mail : _____

ประมาณการค่าเดินทาง ไป-กลับ ระหว่างบ้านพักของท่าน กับ โรงแรมริชมอนด์ สไตส์ลิส คอนเวนชั่น นนทบุรี

จำนวนเงิน บาท