



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓  
เลขที่รับ...3447/68.....  
วันที่... 22 ต.ค. 2568  
เวลา..... 15.39 น.

ที่ สธ ๐๒๓๙.๐๔/ว ๒๕๕๕

กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ประชาสัมพันธ์รับสมัครบุคลากรเข้าร่วมอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ (Family Medicine Leadership Development for Multidisciplinary Team in Primary Health care)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. ขั้นตอนการเตรียมเอกสารสำหรับผู้เข้าร่วม จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ (Family Medicine Leadership Development for Multidisciplinary Team in Primary Health care) ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับนานาชาติร่วมกับสถาบันการศึกษาในต่างประเทศและมีการสร้าง team-based care ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้เข้าร่วมอบรมประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน และทีมสหวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันในระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่เดียวกัน เช่น พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา เป็นต้น จำนวน ๒ คน

กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ จึงขอความอนุเคราะห์ ท่าน ประชาสัมพันธ์การรับสมัครเข้าร่วมอบรมโครงการดังกล่าว สามารถลงทะเบียนออนไลน์ และขั้นตอนการจัดเตรียมเอกสารสำหรับผู้สนใจ เข้าร่วมได้ตาม QR Code ท้ายหนังสือ จนถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ หรือนำมาให้ผู้จัดในวันเข้าร่วมโครงการฯ โดยในระหว่างการอบรมจะไม่นับเป็นวันลาและสามารถเบิกจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยง ได้ที่ต้นสังกัด และค่าที่พัก, ค่าเดินทาง, เบิกตามสิทธิจากโครงการฯ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายอภิสิทธิ์ บุญประดับ)

ผู้อำนวยการกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ



ลงทะเบียนเข้าร่วม

<https://shorturl.asia/dVT๒Z>



ขั้นตอนการเตรียมเอกสาร

<https://shorturl.asia/Md๙cN>

กลุ่มพัฒนากำลังคนปฐมภูมิ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๗

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๙๓๘

# Family Medicine Leadership Development for Multidisciplinary Team in Primary Healthcare

โครงการ พัฒนาสมรรถนะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว  
เพื่อเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มเป้าหมาย : สถานที่ละ 3 คน/ทีม (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน  
+ ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติงานปฐมภูมิ 2 คน)

 วันที่ 3 - 5 พฤศจิกายน 2568

 โรงแรมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ

ลงทะเบียน QR Code

ภายในวันที่ 10 - 24 ตุลาคม 2568

(ผู้ผ่านการอบรมในโครงการฯ จะได้รับประกาศนียบัตร จากกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ)

<https://forms.gle/UJEqVYWSUHyn1y787>



ติดต่อสอบถาม (ในวันและเวลาราชการ)  
กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
กลุ่มพัฒนากำลังคนปฐมภูมิ 02-590-1937

## ขั้นตอนการจัดเตรียมเอกสาร

โครงการพัฒนาสมรรถนะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ (Family Medicine Leadership Development for Multidisciplinary Team in Primary Health care) ระหว่างวันที่ ๓-๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘  
ณ โรงแรมมารี คอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ

๑. หนังสือขออนุมัติเดินทางไปราชการโดยขออนุมัติให้ครอบคลุมวันเดินทางไป/กลับ ฉบับจริงเท่านั้น และกรณีเดินทางโดยสารเครื่องบิน รถรับประจำทาง และรถราชการ , รถยนต์ส่วนตัวให้ระบุหมายเลขทะเบียนรถ
๒. กรณีโดยสารเครื่องบิน โปรดเตรียม
- Electronic Ticket หรือตั๋วโดยสาร และ Boarding pass
  - ใบเสร็จรับเงินค่าเครื่องบิน ฉบับจริงเท่านั้น ออกในนาม **ชื่อ นามสกุล ท่าน** ที่อยู่คือ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ ๘๘/๒๐ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๐-๑๙๓๓ เลขภาษี ๐๙๙๕๐๐๐๒๔๘๑๐
๓. กรณีเดินทางโดยรถไฟ หรือรถบัส ให้นำตั๋วรถมาประกอบการเบิกจ่ายด้วย
๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร หรือเลขบัญชีธนาคาร
๕. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๖. สำเนาหน้าบัญชีBookbank พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ
๗. แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ ท่านละ จำนวน ๑ ฉบับ
๘. แบบ บก ๑๑๑ ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงินส่วนราชการ ท่านละ จำนวน ๑ ฉบับ

\*\* (ขอสงวนสิทธิ์ในการเบิกจ่ายหากเอกสารไม่ครบถ้วน ผู้จัดจะดำเนินการโอนเงินให้ภายใน ๑๕ วัน) \*\*

หมายเหตุ.....  
.....  
.....  
เบอร์โทรติดต่อ.....

(ลงชื่อ).....ผู้เข้าร่วม  
(.....)  
วันที่ พฤศจิกายน 2568.....

## แบบตอบรับ

โครงการพัฒนาสมรรถนะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นผู้นำทีมสหวิชาชีพ (Family Medicine Leadership Development for Multidisciplinary Team in Primary Health care) ระหว่างวันที่ ๓-๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘  
ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ

\*\*\*\*\*

ข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการฯ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....ที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

กรุณาระบุชนิดอาหารที่ท่านรับประทานในการอบรมครั้งนี้

อาหารทั่วไป

มังสวิรัติ

อาหารอิสลาม

ยินดีเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมโครงการฯ

ยินดี

ไม่สะดวกเข้าร่วม

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**หมายเหตุ เอกสารแนบการเบิกค่าวิทยากรและค่าพาหนะ (นำมาให้ผู้จัดในวันอบรม)**

๑. หนังสือขออนุมัติเดินทางไปราชการโดยขออนุมัติให้ครอบครัวเดินทางไป/กลับ ฉบับจริงเท่านั้น และกรณีเดินทางโดยสารเครื่องบิน รถรับประจำทาง และรถราชการ , รถยนต์ส่วนตัวให้ระบุหมายเลขทะเบียนรถ

๒. กรณีโดยสารเครื่องบิน โปรดเตรียม

- Electronic Ticket หรือตั๋วโดยสาร และ Boarding pass

- ใบเสร็จรับเงินค่าเครื่องบิน ฉบับจริงเท่านั้น ออกในนาม ชื่อท่าน ที่อยู่คือ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ ๘๘/๒๐ ต.ตลาดขวัญอ.เมืองจ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๐-๑

๙๓๓ เลขภาษี ๐๙๙๕๐๐๐๒๔๑๘๑๐

๓. กรณีเดินทางโดยรถไฟ หรือรถบัส ให้นำตัวรถมาประกอบการเบิกจ่ายด้วย

๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร หรือเลขบัญชีธนาคาร จำนวน ๑ ฉบับ/ท่าน

๕. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ฉบับ/ท่าน

หมายเหตุ ขอสงวนสิทธิ์ในการเบิกจ่ายหากเอกสารไม่ครบถ้วน ผู้จัดจะดำเนินการโอนเงินให้ภายใน ๑๕ วัน

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**  
**กองสนับสนุนระบบสุขภาพปทุมธานี**

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
	ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....		
	ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....		
	จังหวัด.....		
<b>เดินทางไป</b> ...../พ.ย./68	<input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถรับจ้างจากบ้านพักถึงสนามบิน/สถานีขนส่ง/ สถานีรถไฟ..... เป็นเงิน		
	<input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถปรับอากาศจาก.....		
	<input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถไฟจาก.....		
	<input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถรับจ้างจาก..... ถึง..... เป็นเงิน		
<b>เดินทางกลับ</b> ...../พ.ย./68	<input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถรับจ้างจาก..... ถึงสนามบิน/สถานี..... เป็นเงิน		
	<input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถปรับอากาศ.....		
	<input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถไฟจาก.....		
	<input type="checkbox"/> ค่าโดยสารรถรับจ้างจากสนามบิน/สถานีขนส่ง/สถานีรถไฟ ..... ถึงบ้านพัก เป็นเงิน		
	<b>เดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัวหรือรถยนต์ราชการ</b>		
	<input type="checkbox"/> รถยนต์ส่วนตัวจากบ้านพักไปยังโรงแรมอวานีแอร์พอร์ต คอนเมือง แกรนด์ นนทบุรี หมายเลขทะเบียน..... ระยะทาง..... กม. x 4 บาท x 2 เที่ยว		
	<input type="checkbox"/> รถยนต์ราชการจากสถานที่ทำงาน/บ้านพักไปยัง..... หมายเลขทะเบียน.....		
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>		

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกเก็บใบเสร็จรับเงินจากผู้รับ  
ได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของทางราชการโดยแท้

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่..... พฤศจิกายน 2568