



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต โทร. ๐ ๗๖๒๗๑ ๔๘๗๕
ที่ ภก ๐๑๒๗/๑๙๖๓) วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๕

เรื่อง รับสมัครนักศึกษาเข้าร่วมเป็นผู้ตรวจสอบเวชระเบียนด้านบริการการแพทย์แผนไทย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

ด้วย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี ได้ขอความร่วมมือจาก จังหวัดในการคัดเลือกบุคลากรที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ แพทย์ หรือ พยาบาล หรือ เภสัชกร หรือ แพทย์แผนไทย ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านแพทย์แผนไทย และมีประสบการณ์ในการแพทย์แผนไทยทั้ง อุบัติ หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และสามารถออกปฏิบัติงานต่างจังหวัดได้ (อย่างน้อยปีละ ๒ วัน) สมัครเข้าร่วมเป็นผู้ตรวจสอบเวชระเบียนฯระดับเขต จังหวัดละ ๓ ท่าน

ในวันนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองภูเก็ต จึงขอความร่วมมือในการแจ้งผู้สนใจและมี คุณสมบัติตั้งกล่าวสมัครเป็นผู้ตรวจสอบเวชระเบียนฯระดับเขต และส่งรายชื่อให้งานส่งเสริมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต อย่างช้าไม่เกินวันอังคารที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๕ เพื่อดำเนินการแจ้ง สปสช.ต่อไป พร้อมนี้ได้แนบใบสมัครมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายพุดุงเกียรติ อุทกเสนีย์)
สาธารณสุขอำเภอเมืองภูเก็ต



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี

เลขที่ ๙๑/๑ ม.๑อาคารพี.ซี.ทาวเวอร์ส.กาญจนวิถี.บางกุ้งอ.เมืองจ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๗๗๒๗ ๕๔๑๑-๗ โทรสาร ๐ ๗๗๒๗ ๕๔๑๔ www.nhso.go.th/suratthani

ใบสมัครเข้าร่วมเป็นผู้ตรวจสอบเวชระเบียนด้านบริการการแพทย์แผนไทยฯ ระดับเขต

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๑ สุราษฎร์ธานี

ปี 2556

โปรดอ่านรายละเอียด และกรอกข้อมูล(ด้วยตัวบรรจง)ให้ครบถ้วน

คุณสมบัติเบื้องต้น

ก.แพทย์ หรือ พยาบาล หรือ เภสัชกร หรือ แพทย์แผนไทย ที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์แผนไทย และมีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ทั้ง 4 ใบ) หรือการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ข.สามารถออกปฏิบัติงานต่างจังหวัดได้ (อย่างน้อยปีละ ๒ วัน)

1.ชื่อ - นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ต่อไปนี้..... E-mail.....

2.ชื่อ - นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ต่อไปนี้..... E-mail.....

3.ชื่อ - นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา..... เลขที่ใบประกอบโรคศิลปะ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์ต่อไปนี้..... E-mail.....