



สนง. สสจ. มุกดาหาร  
 รับที่ ๑๕๒  
 วันที่ ๒๖ มิ.ย. ๒๕๖๐  
 เวลา 10:๕๒

ที่ สธ ๐๒๓๐/ว ๙๕๓

สำนักงานพยาบาล  
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
 ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐

เลขที่ ๕๙๓  
 วันที่ ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๐  
 13.๐๐

เรื่อง ขอเชิญข้าราชการเข้าร่วมสัมมนาวิชาการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข/กรมการแพทย์/กรมอนามัย/กรมสุขภาพจิต/กรมควบคุมโรค/สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี/กระทรวงกลาโหม/กระทรวงมหาดไทย/สำนักงานแพทย์ สังกัดกรุงเทพมหานคร/สังกัดเอกชน ทุกแห่ง/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ทุกแห่ง/ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก

- |                              |              |
|------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการฯ | จำนวน ๑ ชุด  |
| ๒. ตารางการสัมมนาวิชาการฯ    | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. แบบฟอร์มการจองห้องพัก     | จำนวน ๔ ฉบับ |

ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติให้สำนักงานพยาบาลร่วมกับชมรมผู้บริหารทางการแพทย์แห่งประเทศไทย และมูลนิธิ ดร.วรรณวิไล ดำเนินโครงการสัมมนาวิชาการ ครั้งที่ ๑๙ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ เรื่อง “พลังพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพสู่ MOPH 4.0” ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมพรัตน์ธারা โรงแรมมารีไทม์ ปาร์ค แอนด์ สเปา รีสอร์ท จังหวัดกระบี่ เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์ และบุคลากรพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ประเทศไทย ๔.๐ ด้านสาธารณสุข นั้น

ในการนี้ สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอเรียนเชิญหัวหน้าพยาบาลผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้สนใจในสังกัดของท่าน สมัครลงทะเบียนเข้าร่วมสัมมนาวิชาการตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวทางเว็บไซต์สำนักงานพยาบาล (<http://www.nursing.go.th>) ภายในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน ค่าเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าที่พักจากงบประมาณต้นสังกัดตามระเบียบของทางราชการและไม่ถือเป็นวันลา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ข้าราชการในสังกัดของท่านเข้าร่วมสัมมนาวิชาการฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ทพ. ศตง ๕๓  
 - สำนักงานเขตเมืองจังหวัดมุกดาหาร

ขอแสดงความนับถือ

ขอแสดงความยินดีกับความสำเร็จของระบบสุขภาพสู่ MOPH 4.0 วันที่ 16-18 ส.ค. 60

*[Signature]*

(นางสาวชุตติกาญจน์ หลุทัย)

ร.ร. มารีไทม์ มิวส์ คอมมูนิตี้ มิวส์. ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งนักวิชาการพยาบาลเชี่ยวชาญ

จ. ๒๓๖๓ ; ๓๐/ไร่/ไร่ ๓๓/ไร่/ไร่ ; ๓๓/ไร่/ไร่ (ค่านโยบายและยุทธศาสตร์) รักษาราชการแทน

*[Signature]*

มรท. Web สสจ. - จังหวัดมุกดาหาร ผู้อำนวยการสำนักงานพยาบาล

(นางวิจิตรพร สุภกุล)

กลุ่มภารกิจพัฒนาวิชาการและวิจัยทางการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๖๒๖๔

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๖๒๕๕, ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๖๘

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาล/สถาบัน/ศูนย์/รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ

ตารางการสัมมนาวิชาการ ครั้งที่ 19 ประจำปี 2560 เรื่อง “พลังพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพสู่ MOPH 4.0”  
ระหว่างวันที่ 16-18 สิงหาคม 2560 ณ ห้องประชุมพรีเซ็นทรัล โรงแรมมารีไทม์ ปาร์ค แอนด์ สเปา รีสอร์ท จังหวัดกระบี่

เวลา	ว.ด.ป.	08.00 - 09.00	09.00 - 10.00	10.00 - 11.00	11.00 - 12.00	12.00 - 13.00	13.00 - 15.00	15.00 - 16.00
วันพุธที่ 16 สิงหาคม 2560	สิง ทะเบียน	พิธีเปิด และ มอบรางวัล 1. External audit 2. พยาบาลผู้ทำความดี 3. รางวัลมูลนิธิ ดร.วรรณวิไล โดย นพ.โสภณ เมฆธน (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)	พิธีเปิด นิทรรศการ โดย นพ.โสภณ เมฆธน (ปลัดกระทรวง สาธารณสุข)	นโยบาย สำนักการพยาบาล กับการขับเคลื่อนระบบ สุขภาพสู่ MOPH 4.0 โดย ดร.กาญจนา จันทร์ไทย (ผู้อำนวยการสำนักการ พยาบาล)	Global Health: resolution from 70 <sup>th</sup> WHA โดย ดร.ธีรพร สติรอังกร	<b>พักรับประทานอาหารกลางวัน</b>	“พลังพยาบาลกับการขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่ยั่งยืน” อภิปรายโดย 1. ผอ.สนย. (นโยบายกสศ.สู่ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน) 2. ผอ.สปรส. (Service plan สู่ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน) 3. นพ.สุรัตน์ ตันติทวีวรกุล (บทบาทของโรงพยาบาลกับระบบ สุขภาพที่ยั่งยืน) 4. อ.ชุตติกาญจน์ หททัย (บทบาทพยาบาลกับระบบบริการสุขภาพ ที่ยั่งยืน) ดำเนินการอภิปรายโดย อ.ชุตติกาญจน์ หททัย	พิธีเปิด โดย ดร.กาญจนา จันทร์ไทย (ผู้อำนวยการสำนักการพยาบาล)
วันศุกร์ที่ 18 สิงหาคม 2560								

หมายเหตุ ตารางอาจมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่ลงทะเบียนอาหารว่าง เข้า เวลา 10.00 - 10.15 น. บ่าย เวลา 15.00 - 15.15 น. หรือตามความเหมาะสม



บริษัทเคแบคแอทไนน์จำกัด (KBAC@9 Co., Ltd.)  
โรงแรมกระบี่ซีบาส (KrabiSeaBass Hotel)  
273/55 ถ.อุตรกิจต.ปากน้ำอำเภอเมือง  
จังหวัดกระบี่ 81000  
Tel : 075-620026 Fax: 075-620024  
Email :info@krabiseabasshotel.com  
Website: www.krabiseabasshotel.com

แบบฟอร์มการจองห้องพัก  
การประชุมระหว่างวันที่ 16 -18 สิงหาคม 2560

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์โทร.....

ประเภทห้อง

Superior Room ราคาห้องละ 1,450 บาท จำนวนพัก.....คืน รวมเป็นเงิน.....บาท

Superior Twin ราคาห้องละ 1,450 บาท จำนวนพัก.....คืน รวมเป็นเงิน.....บาท

Duplex Pool Access ราคาห้องละ 2,160 บาท จำนวนพัก.....คืน รวมเป็นเงิน.....บาท

รายละเอียด

วันเข้าพัก.....วันออก.....จำนวนคืน.....คืน จำนวนใช้ห้องพัก.....ห้อง

ที่อยู่ออกบิลใบเสร็จ:.....

การยืนยันในการจองห้องพัก

เพื่อเป็นการยืนยันการสำรองห้อง กรุณาชำระค่าที่พักล่วงหน้า 30% ของยอดรวมทั้งหมดภายใน

วันที่ 30 มิถุนายน 2560 หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 075-620026

การชำระเงิน

ชื่อบัญชี บริษัท เคแบคแอทไนน์ จำกัด เลขที่บัญชี 812-0-54167-7 ธนาคารกรุงไทย สาขากระบี่ และ  
กรุณาฝากชื่อบัญชี PAY IN มาที่ 075-620024

1.ชื่อผู้เข้าพัก.....

2.ชื่อผู้เข้าพัก.....

3.ชื่อผู้เข้าพัก.....

4.ชื่อผู้เข้าพัก.....

5.ชื่อผู้เข้าพัก.....

6.ชื่อผู้เข้าพัก.....

7.ชื่อผู้เข้าพัก.....

8.ชื่อผู้เข้าพัก.....



MARITIME PARK & SPA  
RESORT  
KRABI • THAILAND

โรงพยาบาล.....จังหวัด.....เบอร์โทร.....

ผู้ประสานงาน.....มือถือ.....

อีเมล.....

ประเภทห้อง

เข้าพักวันที่.....ออกวันที่.....จำนวน.....คืนจำนวน.....ห้อง

ห้องพักเดี่ยวราคา 1,450.-บาท/ห้อง/คืน จำนวนพัก.....คืน จำนวน.....ห้องรวมเป็นเงิน.....บาท

ห้องพักคู่ราคา 1,600.- บาท/ห้อง/คืน จำนวนพัก.....คืน จำนวน.....ห้องรวมเป็นเงิน.....บาท

เตียงเสริมราคา 500.-บาท/ห้อง/คืน จำนวนพัก.....คืน จำนวน.....ห้องรวมเป็นเงิน.....บาท

รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน.....บาท

รายละเอียด

ที่อยู่ออกบิลใบเสร็จ:.....

การชำระเงิน

1. โอนเงินค่าห้องพักมาที่บัญชี “บริษัทกระป๋องดีโฮเทลแอนด์รีสอร์ท จำกัด”

ธนาคารกรุงไทยสาขากระบี่ ประเภทบัญชีออมทรัพย์เลขที่ 812-1-77777-1

2. เมื่อโอนเงินเรียบร้อยแล้วกรุณาฝากชื่อโอนเงินมายังหมายเลขแฟกซ์ 075-612-992

E-mail: booking@maritimeparkandspa.com

สอบถามห้องว่างได้ที่ คุณวรรณภา ศิริธรรมพันธ์ หมายเลข 075-620-028-35

1. ชื่อผู้เข้าพัก.....

2. ชื่อผู้เข้าพัก.....

3. ชื่อผู้เข้าพัก.....

4. ชื่อผู้เข้าพัก.....

5. ชื่อผู้เข้าพัก.....

6. ชื่อผู้เข้าพัก.....

7. ชื่อผู้เข้าพัก.....

8. ชื่อผู้เข้าพัก.....

9. ชื่อผู้เข้าพัก.....

10. ชื่อผู้เข้าพัก.....

11. ชื่อผู้เข้าพัก.....

**เอกสารการจองห้องพัก ระหว่างวันที่ 15-19 สิงหาคม 2560**

**\*\*\*จองก่อนได้ก่อน First come, first served\*\*\***

- 1. โรงแรม ปกาศัย รีสอร์ท อ่าวนาง จ.กระบี่ (Pakasai Resort) จำนวน 45 ห้อง
- 2. เรด จินเจอร์ ชิค รีสอร์ท อ่าวนาง จ.กระบี่ (Red Ginger Chic Resort) จำนวน 45 ห้อง
- 3. ดวงใจ รีสอร์ท อ่าวนาง จ.กระบี่ (Duangjai Resort) จำนวน 20 ห้อง

เข้าพักวันที่.....ออกวันที่.....จำนวน.....คืน จำนวน.....ห้อง

1. ชื่อผู้เข้าพัก.....

2. ชื่อผู้เข้าพัก.....

3. ชื่อผู้เข้าพัก.....

- ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,450.- บาท/ห้อง/คืน
- ห้องพักคู่ ราคา 1,600.- บาท/ห้อง/คืน
- ห้องพักนอน 3 คน ราคา 2,400.- บาท/ห้อง/คืน

รวมเป็นเงิน.....บาท

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

อีเมล.....

ที่อยู่ออกบิลใบเสร็จ:.....

.....

**การชำระเงิน**

1. โอนเงินค่าห้องพัก มาที่ บัญชี "บริษัท กระบี่ ซิตี้ โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท จำกัด"  
ธนาคารกรุงไทย สาขากระบี่ ประเภทบัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 812-1-77777-1
2. เมื่อโอนเงินเรียบร้อยแล้ว กรุณาแฟกซ์ใบโอนเงิน มายังหมายเลขแฟกซ์ 075-612-992  
E-mail: [booking@maritimeparkandspa.com](mailto:booking@maritimeparkandspa.com)

สอบถามห้องว่างได้ที่ คุณวรรณฯ ศิริธรรมพันธ์ หมายเลข 075-620-028-35

โรงแรมพีคบูติกเฮ้าส์  
242/12 ถ.มหาราช อ.เมือง จ.กระบี่ 810000  
Tel.075-611589 Fax 075-611588

แบบฟอร์มการจองห้องพัก

การประชุมระหว่างวันที่ 16 - 18 สิงหาคม 2560

โรงพยาบาล.....เบอร์โทร.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์โทร.....

ประเภทห้อง

Superior Room (พักเดี่ยว) ราคาห้องละ 900 บาท จำนวนพัก.....คืน รวมเป็นเงิน.....บาท

Superior Room (พักคู่) ราคาห้องละ 1,000 บาท จำนวนพัก.....คืน รวมเป็นเงิน.....บาท

Deluxe Double Room ราคาห้องละ 1,600 บาท จำนวนพัก.....คืน รวมเป็นเงิน.....บาท

รายละเอียด

วันเข้าพัก.....วันออก.....จำนวนคืน.....คืน จำนวนใช้ห้องพัก.....ห้อง

ที่อยู่ออกบิลใบเสร็จ:.....

การยืนยันในการจองห้องพัก

เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาชำระค่าที่พักล่วงหน้า 30% ของยอดรวมทั้งหมดภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2560 หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดต่อได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 081-6540443

การชำระเงิน

ชื่อบัญชี บจ. พีค.บูติกเฮ้าส์ เลขที่บัญชี 812-049-7430 ธนาคารกรุงไทย สาขากระบี่  
และกรุณาฝากเงิน PAY IN มาที่ 075-611588

1.ชื่อผู้เข้าพัก.....

2.ชื่อผู้เข้าพัก.....

3.ชื่อผู้เข้าพัก.....

4.ชื่อผู้เข้าพัก.....

5.ชื่อผู้เข้าพัก.....

6.ชื่อผู้เข้าพัก.....

7.ชื่อผู้เข้าพัก.....

8.ชื่อผู้เข้าพัก.....

9.ชื่อผู้เข้าพัก.....

10.ชื่อผู้เข้าพัก.....

11.ชื่อผู้เข้าพัก.....