



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



คู่มือแนวทางการปฏิบัติงาน

สำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์

ชื่อหนังสือ คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
กรรมการแพทย์

ที่ปรึกษาคณะทำงาน

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ | รองอธิบดีกรมการแพทย์ |
| 2. นายแพทย์สุกิจ ทัดสนุนทรวงศ์ | ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ |
| 3. นางสาวกศสวีย์ แก่นโพธิ์ | นักวิชาการฝึกอบรมและการสอบ
สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา |

คณะผู้จัดทำ

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| 1. นางสาวศิวาพร สังรวม | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กองวิชาการแพทย์ |
| 2. นายสมิทธิกร เย็นวัฒนา | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | กองวิชาการแพทย์ |
| 3. นางสาวสาวิตรี ยาหอม | นักวิชาการสาธารณสุข | กองวิชาการแพทย์ |
| 4. นางสาวลลิตา พนาคร | นักวิชาการสาธารณสุข | กองวิชาการแพทย์ |
| 5. นางสาวภัทราภรณ์ สมศรี | นักวิชาการสาธารณสุข | กองวิชาการแพทย์ |
| 6. นางสาวลัดดาวัลย์ ชะละจิตต์ | นักวิชาการสาธารณสุข | กองวิชาการแพทย์ |

จัดพิมพ์โดย กลุ่มงานพัฒนาระบบถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์
กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 6055, 0 2590 6272 โทรสาร 0 2591 8265

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2562

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

คำนำ

ปัจจุบันกรมการแพทย์ ได้เปิดการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านจำนวนหลายหลักสูตร (หลักสูตรที่แพทยสภาและทันตแพทยสภารับรอง) จำนวน 57 สาขา 45 หลักสูตร นอกจากนี้ยังเปิดการฝึกอบรมในหลักสูตรที่ราชวิทยาลัยรับรอง จำนวน 34 สาขา 38 หลักสูตร การดำเนินงานด้านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสถาบันการฝึกอบรมของกรมการแพทย์จะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับศักยภาพของสถาบันฝึกอบรม ซึ่งทำให้เกิดอุปสรรคในการพัฒนางานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ทั้งนี้ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานและการประสานงาน มีแนวทางการปฏิบัติงานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอย่างเป็นระบบและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน กรมการแพทย์จึงได้ร่วมมือกับสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ แพทยสภา และราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม เพื่อพัฒนาเครื่องมืออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานและการประสานงานการฝึกอบรม โดยจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ เพื่อช่วยให้กระบวนการทำงานของเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจน เป็นระบบ และมีมาตรฐาน นำไปสู่การผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ดีมีคุณภาพต่อไป

ขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านที่ได้ร่วมกันจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ ในครั้งนี้

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานนี้จะ เป็นประโยชน์สำหรับสถาบันการฝึกอบรมในสังกัดกรมการแพทย์ เพื่อใช้ในการประสานงานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ ให้ดำเนินงานสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

คณะผู้จัดทำ
กันยายน พ.ศ. 2562

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
แนวทางการปฏิบัติงานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน	
1. ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน	1
2. ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือกทันตแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตร	7
3. การบริหารการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน	12
4. การควบคุมกำกับ	33
5. การติดตามและประเมินผล	50
6. การรับแพทย์ต่างประเทศ	68
ภาคผนวก 1 หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์	81
ภาคผนวก 2 ตัวอย่างเอกสารประกอบการสมัครแพทย์ประจำบ้าน	87
ภาคผนวก 3 ตัวอย่างเอกสารเกี่ยวกับการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors)	101
ภาคผนวก 4 ระเบียบกรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2562	115
ภาคผนวก 5 รายชื่อคณะทำงานการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์	120
ภาคผนวก 6 ที่อยู่ราชวิทยาลัย	125
ภาคผนวก 7 ประมวลภาพกิจกรรม	130



ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือก

แพทย์ประจำบ้าน



1. ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน

1.1 ขั้นตอนการรับสมัคร

1.1.1 แพทยสภาและราชวิทยาลัยแจ้งสถาบันตรวจสอบข้อมูลจำนวนศักยภาพการฝึกอบรมและจำนวนแพทย์ประจำบ้านที่จะขอรับในปีการฝึกอบรมผ่านทางเว็บไซต์

1.1.2 แพทยสภาจัดทำประกาศจำนวนการฝึกอบรม

1.1.3 สาขาฝึกอบรมตรวจสอบศักยภาพตามที่แพทยสภาและราชวิทยาลัยแจ้งผ่านทางเว็บไซต์

1.1.4 สาขาดำเนินการบันทึกข้อมูลพร้อมพิมพ์ผลการตรวจสอบศักยภาพ

1.1.5 สาขาจัดทำหนังสือการตรวจสอบศักยภาพส่งผ่านส่วนกลางของโรงพยาบาล/ สถาบัน

1.1.6 โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือให้ผู้อำนวยการลงนามเพื่อแจ้งผลการตรวจสอบศักยภาพไปยังราชวิทยาลัย

1.1.7 ราชวิทยาลัยจัดทำหนังสือแจ้งแพทยสภา

1.1.8 สถาบันฝึกอบรมประกาศการรับสมัครในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล/ สถาบัน

1) แจ้งจำนวนที่เปิดรับสมัคร

2) แจ้งข้อมูลสาขาที่สอบ วัน เวลา และสถานที่สอบ

3) แจ้งเอกสารประกอบการสมัคร

1.1.9 แพทย์กรอกใบสมัครในเว็บไซต์แพทยสภา และปรีนใบสมัคร พร้อมด้วยเอกสารหลักฐานการสมัครส่งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม

1.1.10 ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของเอกสารใบสมัคร/ หลักฐานประกอบการสมัคร และส่งเอกสารหลักฐานการสมัครให้กับสถาบันฝึกอบรม

1.1.11 สาขาดำเนินการรับสมัครเรียบร้อยแล้วทำบันทึกแจ้งส่วนกลางของโรงพยาบาล/ สถาบัน

1) ตรวจสอบหลักฐานและรวบรวมใบสมัคร/ เอกสารหลักฐานการสมัคร

2) รวบรวมใบสมัคร

3) เสนอหัวหน้าภาควิชา/ สาขา

1.2 กระบวนการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน

1.2.1 ราชวิทยาลัยกำหนดวันสอบสัมภาษณ์

1) แจ้งเวียนหนังสือกำหนดวันสอบสัมภาษณ์ให้ทางสถาบันฝึกอบรม

2) ประกาศทางเว็บไซต์ราชวิทยาลัย

สถาบันฝึกอบรมดำเนินการ ดังนี้

- จัดเตรียมอุปกรณ์/ สถานที่

- เตรียมแบบฟอร์มการให้คะแนน

- เตรียมรายชื่อแพทย์ที่สมัคร

- จัดทำหนังสือเชิญคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ (แนบรายละเอียดกำหนดการ

และรายชื่อแพทย์ที่สมัคร)

- เชิญผู้เชี่ยวชาญสอบทางจิตวิทยา

1.2.2 สาขานัดสอบสัมภาษณ์

- 1) ประสานงาน/ โทรแจ้งแพทย์เข้ารับการสัมภาษณ์
- 2) ประสานงาน/ โทรแจ้งคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์

1.2.3 ดำเนินการสอบสัมภาษณ์

- 1) ทดสอบทางจิตวิทยา
- 2) ทดสอบความรู้ความสามารถทั่วไป
- 3) รวบรวมคะแนนการสอบสัมภาษณ์
- 4) ประเมินให้คะแนนการสอบสัมภาษณ์
- 5) จัดอาหาร

หมายเหตุ การทดสอบทางจิตวิทยาโดยนักจิตวิทยา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาล/ สถาบัน

1.2.4 แจ้งผลการสอบคัดเลือก

- 1) สถาบันฝึกอบรมจัดทำหนังสือแจ้งผลการสอบคัดเลือกไปยังกรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 1.1)
 - 2) กรมการแพทย์จัดทำหนังสือแจ้งผลการสอบคัดเลือกไปยังราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม
- หมายเหตุ** ถ้ามีสมาคมวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องในบางสาขาให้สาขาแจ้งไปที่สมาคมวิชาชีพก่อน
- 3) ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม จัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกไปยังแพทยสภา
 - 4) สาขาประสานงานแจ้งแพทย์ให้ตรวจสอบรายชื่อทางเว็บไซต์ของแพทยสภา

1.2.5 แพทยสภาประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก

- 1) แพทยสภาแจ้งเวียนหนังสือให้ทางสถาบันฝึกอบรม และประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกทางเว็บไซต์แพทยสภา
- 2) สถาบันฝึกอบรมดำเนินการแจ้งแพทย์ให้ส่งใบยืนยันเข้ารับการฝึกอบรม พร้อมหนังสือรับรองต้นสังกัดไปยังราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม

1.2.6 สาขาทำหนังสือแจ้งโรงพยาบาล/ สถาบัน แนบเอกสาร ดังนี้

- 1) รายชื่อแพทย์ที่ตอบรับยืนยันการเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
- 2) ใบยืนยันพร้อมหนังสือรับรองต้นสังกัด และในกรณีที่เป็ต้นสังกัดอิสระให้แนบหลักฐานใบปลดภาระการใช้ทุนด้วย

1.2.7 โรงพยาบาล/ สถาบัน แจ้งผลการยืนยันการเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านไปยังกรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 1.2)

1.2.8 กองวิชาการแพทย์แจ้งผลยืนยันการเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านไปยัง ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม

1.2.9 ในการณีสถาษาฝึกอบรมยังมีโควตาว่างหลังรอบ 2 และประสงค์จะรับสมัครเพิ่มเติมหลังรอบ 2 (กรณีพิเศษ) ให้โรงพยาบาล/ สถาบันทำหนังสือขออนุมัติเปิดรับสมัครการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหลังรอบ 2 (กรณีพิเศษ) ไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

1.2.10 หากโรงพยาบาล/ สถาบัน ดำเนินการคัดเลือกหลังรอบ 2 (กรณีพิเศษ) เรียบร้อยแล้วให้ทำหนังสือแจ้งผลการคัดเลือกหลังรอบ 2 (กรณีพิเศษ) ไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

1.3 เอกสารหลักฐานที่ต้องยื่นในการสมัคร

- 1.3.1 ใบสมัคร ติดรูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป
- 1.3.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- 1.3.3 สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - สกุล/ ใบทะเบียนสมรส (ในกรณีที่เปลี่ยนชื่อ - สกุล)
- 1.3.4 สำเนาระเบียนแสดงผลการศึกษาตลอดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต สำหรับผู้สมัครที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีสุดท้าย ให้ส่งสำเนาใบแสดงผลการศึกษาจนถึงปัจจุบัน พร้อมหนังสือรับรองว่าจะสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ก่อนวันที่ 1 กรกฎาคม ของปีนั้น
- 1.3.5 สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- 1.3.6 สำเนาใบประกาศนียบัตรหรือหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะหรือหลักฐานแสดงว่ากำลังอยู่ระหว่างการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา
- 1.3.7 หนังสือรับรองต้นสังกัดลงนามโดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมและรับรองว่าจะทำสัญญาเมื่อได้รับการคัดเลือกแล้ว (เฉพาะผู้สมัครที่มีต้นสังกัดส่งฝึกอบรม)
- 1.3.8 หลักฐานการปลอดภาระการใช้ทุน (กรณีใช้ทุนไม่ครบกำหนด)
- 1.3.9 หนังสือแสดงประวัติส่วนบุคคล การศึกษาฝึกอบรม ผลงานวิชาการ และกิจกรรมพิเศษ (curriculum vitae) ของผู้สมัคร
- 1.3.10 หนังสือแสดงเจตจำนง (statement of purpose) ของผู้สมัครในการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในแผนการฝึกอบรม (สาขา/ อนุสาขา และสถาบันฝึกอบรม) นั้น (ปิดผนึก)
- 1.3.11 หนังสือรับรอง/ แนะนำผู้สมัคร ดังต่อไปนี้
 - 1) อาจารย์โรงเรียนแพทย์ที่ผู้สมัครศึกษา (สถาบันฝึกอบรมสาขาหลักในกรณีอนุสาขา)
 - 2) ผู้บังคับบัญชาในปัจจุบัน
 - 3) บุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ตามที่ราชวิทยาลัยนั้นกำหนด
- 1.3.12 เอกสารหลักฐานอื่นที่ราชวิทยาลัยกำหนดเพิ่มเติม
- 1.3.13 เอกสารหลักฐานอื่นที่สถาบันฝึกอบรมกำหนด

หมายเหตุ ตัวอย่างเอกสารประกอบการสมัครเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สามารถดูได้ในภาคผนวก 2

(ตัวอย่าง)
ใบสมัครสอบคัดเลือก

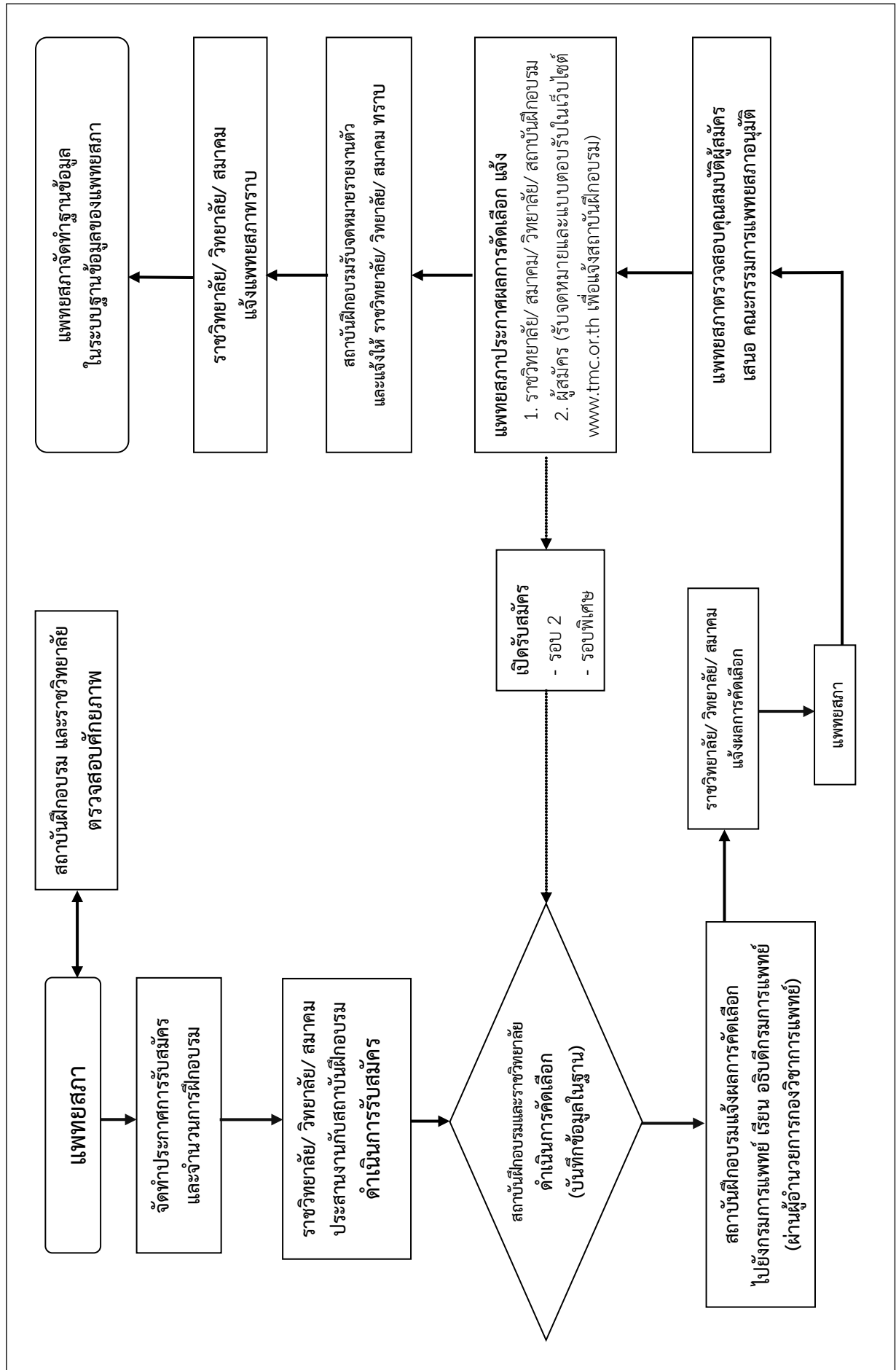
แพทย์ประจำบ้าน สาขา..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ติดรูปถ่ายชุด
สุภาพ
ขนาด 2 นิ้ว

1. ชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว)นามสกุล.....
ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์)
2. วัน/ เดือน/ ปีเกิดอายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....กรุ๊ปเลือด.....
3. เลขประจำตัวบัตรประชาชนความสูง..... ซม. น้ำหนักกก.
4. ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้สะดวก ชื่อที่พักหมายเลขห้องพัก.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....แขวง/ ตำบล.....เขต/ อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....มือถือ
- Email address:
5. ชื่อสามี/ภรรยา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
6. ชื่อบิดา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
7. ชื่อมารดา.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....
อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
8. วุฒิการศึกษา (รายละเอียด).....
จากสถาบันเลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....
9. มีความรู้ความสามารถพิเศษ (โปรดระบุ).....
10. บุคคลที่ท่านรู้จักหรือคุ้นเคยในโรงพยาบาล เพื่อสะดวกในการติดต่อกับท่าน.....
.....หน่วยงาน..... โทร.....
11. ข้าพเจ้าขอสมัครสอบแข่งขัน โดยทุน.....ขอรับรองว่า
 - 11.1 ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติทั่วไปครบถ้วน ในการศึกษาฝึกอบรม ในสาขาที่สมัคร
 - 11.2 ข้าพเจ้านำหลักฐานแสดงคุณสมบัติทั่วไป และคุณสมบัติเฉพาะดังที่หมายเหตุไว้ในใบสมัครนี้ มามอบแก่เจ้าหน้าที่ภายในระยะเวลาที่กำหนดตามประกาศรับสมัครสอบ
 - 11.3 ขอความที่ข้าพเจ้าแจ้งในใบสมัครข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏข้อความเป็นเท็จ ภายหลังข้าพเจ้ายินยอมให้ยกเลิกสิทธิในการสมัคร

(ลายมือชื่อ).....ผู้สมัคร
ยื่นใบสมัครวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน





2

ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือก

ทันตแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตร



2. ขั้นตอนการรับสมัครและกระบวนการคัดเลือกเข้าฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตร

2.1 ขั้นตอนการรับสมัครทันตแพทย์ประจำบ้าน

2.1.1 ผู้สมัครตรวจสอบรายละเอียดการรับสมัครได้จากเว็บไซต์ www.royalthaident.org

2.1.2 เตรียมเอกสารหลักฐานในรูปแบบของไฟล์ pdf/ jpg/ gif/ png ดังนี้

- 1) ใบประเมินผลการศึกษาลดหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต (transcript)
- 2) ปริญญาบัตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต
- 3) ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียน

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

4) หนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาต่อ (มิใช่หนังสืออนุมัติให้สอบ) จากผู้บังคับบัญชาในระดับกรม หรือนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ ในกรณีที่ท่านระบุว่า เป็นข้าราชการต้องใช้สิทธิของการเป็นข้าราชการ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดเอกสารและตัวอย่างหนังสืออนุมัติให้ลาศึกษาต่อได้จากเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

5) รูปถ่ายของผู้สมัครขนาด 1 นิ้ว x 1 นิ้ว (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

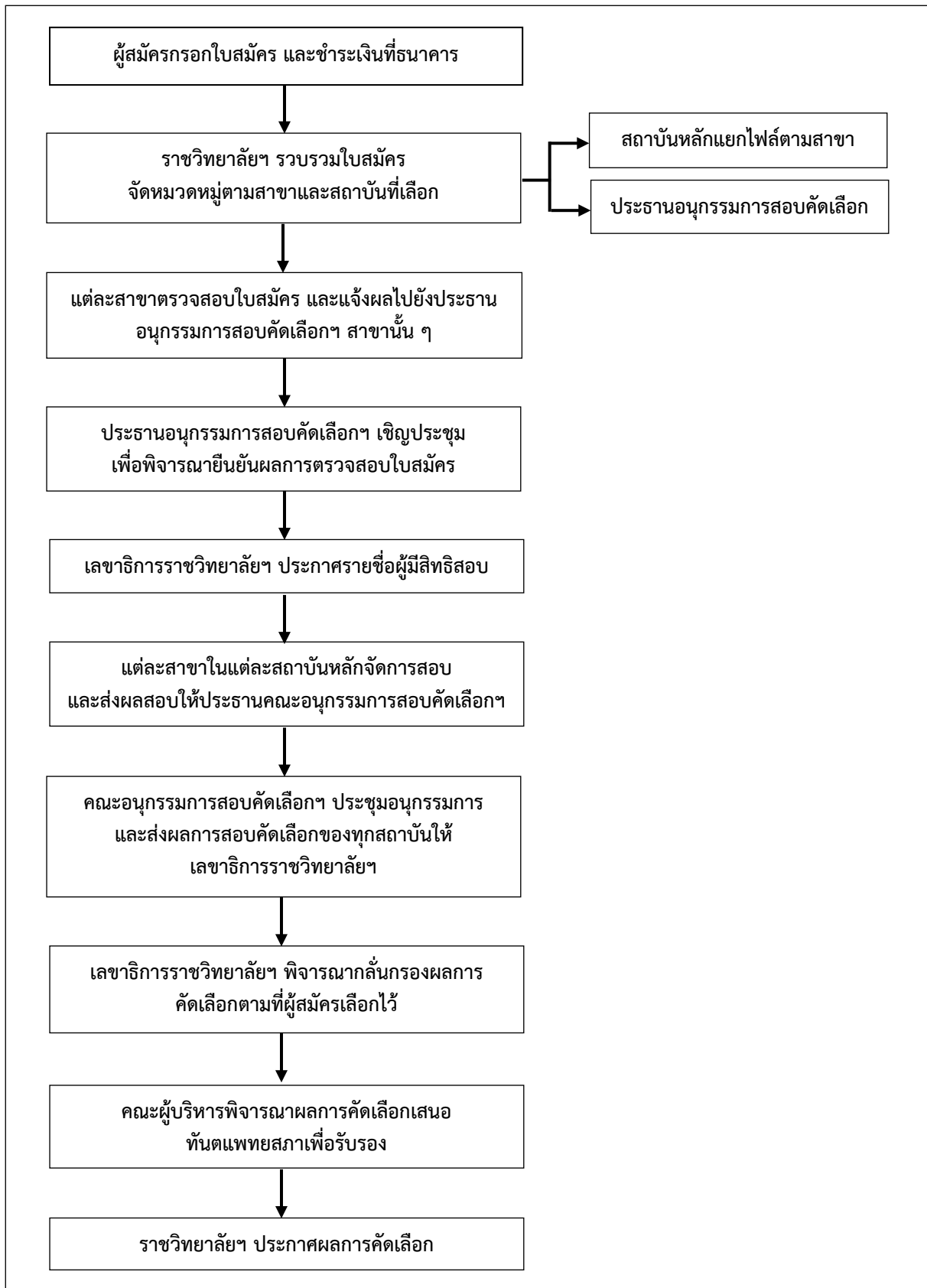
6) เอกสารหรือหลักฐานอื่น ๆ เช่น ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล (ผู้สมัครต้องยื่นคำขอเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล ตามข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยการขึ้นทะเบียนและการออกใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2538 หมวด 4 ข้อ 17 โดยสามารถดาวน์โหลดแบบคำขอได้จากเว็บไซต์ของทันตแพทยสภาที่ www.dentalcouncil.or.th)

2.1.3 เปิดระบบการสมัครเข้าฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรของทันตแพทยสภา โดยกรอกข้อมูลในทุกหัวข้อที่ใส่เครื่องหมาย “*” และอัปโหลดเอกสารในข้อ 2.1.2 ทั้งหมด ในกรณีที่กรอกข้อมูลหรืออัปโหลดเอกสารยังไม่เสร็จ ผู้สมัครสามารถกดบันทึกข้อมูล (save draft) และดำเนินการต่อในภายหลังได้

2.1.4 หลังจากกรอกข้อมูลและอัปโหลดเอกสารครบถ้วนแล้วให้คลิก “ตรวจสอบข้อมูล” และ “ยืนยัน” ซึ่งหลังจากกดยืนยันแล้วผู้สมัครจะไม่สามารถแก้ไขข้อมูลใด ๆ ได้

2.1.5 ดาวน์โหลดเอกสาร bill payment เพื่อนำไปชำระเงินค่าสมัครสอบ ได้ที่ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขา ภายหลังจากการชำระเงินแล้ว ผู้สมัครต้องเก็บเอกสารส่วนที่ 2 ของ bill payment ไว้เป็นหลักฐานการชำระเงิน โดยไม่ต้องส่งกลับไปยังราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

2.2 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้สมัครเข้าฝึกอบรมทันตแพทย์ประจำบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้





บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.1

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบที่.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้ดำเนินการสอบคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบที่..... เมื่อวันที่..... นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....มีจำนวนแพทย์มาสอบคัดเลือกแพทย์ ประจำบ้านจำนวน.....คน ซึ่งมีผู้ผ่านการคัดเลือก จำนวน.....คน รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร รายชื่อแพทย์ที่ผ่านการคัดเลือก (ระบุคำนำหน้า นาย/ นางสาว/ นาง ชื่อ – สกุล และ
ต้นสังกัด)



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 1.2

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ตอบรับยืนยันการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาล/ สถาบัน..... รอบที่.....
ประจำปีการฝึกอบรม.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....เปิดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อผลิตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ และเริ่มมีการดำเนินการคัดเลือกแพทย์
ที่มาสมัครเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมในปีการฝึกอบรม.....นั้น

ในการนี้โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ที่ตอบรับยืนยัน
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ปีการฝึกอบรม..... รอบที่.....
รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร 1) รายชื่อแพทย์ที่ตอบรับยืนยันการเข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

2) ใบยืนยันพร้อมหนังสือรับรองต้นสังกัด และในกรณีที่ต้นสังกัดอิสระให้แนบหลักฐาน
ใบปลอดภาระการใช้ทุนด้วย



3

การบริหารการเรียนการสอน แพทย์ประจำบ้าน



3. การบริหารการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน

3.1 ด้านการบริหาร

3.1.1 กำหนดแนวทางการบริหาร

1) โรงพยาบาล/ สถาบัน แต่งตั้งคณะกรรมการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เฉพาะสาขา (เอกสารแนบ 3.1 - 3.2) (คำสั่งภายในของโรงพยาบาล/ สถาบัน ลงนามโดยผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/ สถาบัน) และจัดประชุมคณะกรรมการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเฉพาะสาขา โดยดำเนินการ ดังนี้

- กำหนดวันประชุม (เอกสารแนบ 3.3)
- ทำหนังสือเชิญประชุม (เอกสารแนบ 3.4)
- จัดเตรียมสถานที่ประชุม

2) กรรมการแพทย์แต่งตั้งคณะกรรมการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์ คณะอนุกรรมการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์ และคณะอนุกรรมการพัฒนาและสนับสนุน การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรรมการแพทย์ (คำสั่งกรรมการแพทย์ ลงนามโดยอธิบดีกรรมการแพทย์) โดยดำเนินการ ดังนี้

- กองวิชาการแพทย์ จัดทำหนังสือขอรายชื่อคณะกรรมการฯ ไปยังสถาบันฝึกอบรม
- สถาบันฝึกอบรมแจ้งรายชื่อ ไปยังกรรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 3.5)
- กองวิชาการแพทย์ รวบรวมรายชื่อคณะกรรมการฯ เพื่อเสนอผู้อำนวยการ

กองบริหารทรัพยากรบุคคลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

- กองบริหารทรัพยากรบุคคลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเสนอ

อธิบดีกรรมการแพทย์ลงนาม

- กองวิชาการแพทย์ แจ้งเวียนคำสั่งดังกล่าว ไปยังโรงพยาบาล/ สถาบัน

3.1.2 ปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน (เฉพาะสาขา)

- 1) สถาบันฝึกอบรมกำหนดวันปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน
- 2) จัดหาสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม
- 3) จัดทำหนังสือเชิญแพทย์/ ประชาสัมพันธ์แจ้งให้แพทย์ประจำบ้านเข้าร่วมการปฐมนิเทศ
- 4) ดำเนินกิจกรรมตามโครงการที่เขียนแผนการใช้เงินงบประมาณ
- 5) หากมีค่าใช้จ่ายให้สรุปค่าใช้จ่ายโดยแนบหลักฐานการเบิกจ่ายให้เบิกจ่ายตาม

ระเบียบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- โครงการที่ได้รับการอนุมัติจากกรรมการแพทย์
- หนังสือขออนุมัติดำเนินกิจกรรม
- รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม/ ใบลงทะเบียน
- ใบเสร็จต่าง ๆ เช่น ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าอาหารกลางวัน ค่าวัสดุอุปกรณ์

ที่เกี่ยวข้อง และอื่น ๆ ที่ใช้ในการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน

3.1.3 กำหนดกิจกรรมวิชาการทั้งปีการฝึกอบรม

- 1) จัดตารางกิจกรรมวิชาการ
 - หากกิจกรรมวิชาการนั้น ๆ มีอาจารย์ที่คุมกิจกรรมวิชาการให้ทำเรื่องเบิกค่าคุมกิจกรรมวิชาการนั้นตามอัตราที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินงบบุคลากรทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน
 - เอกสารที่ใช้แนบ คือ ตารางกิจกรรมวิชาการ ตารางลงนามของผู้เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการนั้น ๆ/ ใบลงทะเบียน

2) แจ้งแพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์แพทย์ทราบ

3) แจ้งเวียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.1.4 กำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงาน

1) จัดตาราง rotation งานของแพทย์ประจำบ้าน

2) แจ้งเวียนตารางการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.1.5 กำหนดอาจารย์ที่ปรึกษา

1) งานวิจัย

- คำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา

- หัวข้องานวิจัย

- หนังสือขอผ่าน Ethic Committee (EC) ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับศูนย์วิจัยฯ

ของโรงพยาบาล/ สถาบัน

2) แพทย์ประจำบ้าน

- จัดหาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อช่วยกำกับดูแลและให้คำปรึกษาทั้งในเรื่องเรียนและเรื่องอื่น ๆ ที่แพทย์ประจำบ้านต้องการปรึกษา

- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษา (เอกสารแนบ 3.6)

3.1.6 วัดและประเมินผลการเรียน

1) กำหนดวันสอบ

2) กำหนดหัวข้อในการสอบ

3) แต่งตั้งคณะกรรมการออกข้อสอบ (เอกสารแนบ 3.7)

4) แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ (เอกสารแนบ 3.8)

5) ขออนุมัติดำเนินการสอบ (เอกสารแนบ 3.9)

6) จัดทำหนังสือขอข้อสอบกับอาจารย์แต่ละสาขา (เอกสารแนบ 3.10)

7) รวบรวมและพิมพ์ข้อสอบ

8) ดำเนินการจัดสอบ จองห้องประชุม จัดห้องสอบ จัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสอบ

9) ตรวจข้อสอบพร้อมสรุปคะแนน

3.1.7 รายงานผลการฝึกอบรม

1) รายงาน/ แจ้งผลการเลื่อนชั้น ซ้ำชั้น ของแพทย์ประจำบ้านแต่ละปีการฝึกอบรมไปยังกรมการแพทย์ โดย เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

2) รายงานผลการฝึกอบรม ตามแบบฟอร์มรายงานผลจากกรมการแพทย์

3) รายงานผลการฝึกอบรมแต่ละปีการฝึกอบรมบนระบบฐานข้อมูลออนไลน์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ ที่เว็บไซต์ <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/>

3.1.8 ส่งรายชื่อผู้มีสิทธิสอบวุฒิบัตร

- 1) โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิสอบวุฒิบัตร (เอกสารแนบ 3.11) ไปยังกรมการแพทย์ โดย เรียงน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)
- 2) กรมการแพทย์ จัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิสอบวุฒิบัตร ไปยังราชวิทยาลัย ที่กำกับดูแลการฝึกอบรมสาขานั้น ๆ

3.1.9 ตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรม ตามกำหนดของราชวิทยาลัย ทุก 5 ปี

- 1) สถาบันฝึกอบรมกับราชวิทยาลัยเกี่ยวกับวันที่จะมาตรวจประเมิน
- 2) จัดทำกำหนดการตรวจประเมิน
- 3) เตรียมสถานที่
- 4) เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถาบันฝึกอบรมทั้งหมดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามเกณฑ์มาตรฐานเวชบัณฑิตศึกษา (PGCME) ของสหพันธ์แพทยศึกษาโลก (WFME) โดยสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ (1) ประกาศแพทยสภา ที่ 53/2561 เรื่อง กรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2561 และ (2) สามารถดาวน์โหลดคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพสถาบันฝึกอบรมหลังปริญญาตามเกณฑ์ WFME ได้ที่เว็บไซต์ แพทยสภา/ ศูนย์เวชบัณฑิตศึกษาแห่งประเทศไทย <https://tmc.or.th/tcgme/Pages/>

3.2 ด้านการเรียนการสอน

3.2.1 กิจกรรมระหว่างปีฝึกอบรม

- 1) เขียนโครงการทั้งปีการฝึกอบรม ส่งกรมการแพทย์พิจารณาอนุมัติ
- 2) จัดทำหนังสือขออนุมัติดำเนินการแต่ละกิจกรรม
- 3) ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับอนุมัติ
- 4) ประเมินผลกิจกรรม
- 5) รายงานผลการดำเนินกิจกรรมส่งกรมการแพทย์
- 6) สรุปค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรม

3.2.2 ตารางกิจกรรมวิชาการ

- 1) จัดตาราง journal topic MM ward round conference ตารางการสอนข้างเตียง inter hospital กับราชวิทยาลัย inter department ฯลฯ
- 2) การปฏิบัติงานใน OPD OR treatment
- 3) แพทย์ประจำบ้านนำเสนอ interesting case journal club/ topic review หรือ self - study/ book club สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 4) การอบรมพื้นฐานทางการวิจัย
- 5) ประชุมวิชาการประจำปี
- 6) ส่งแพทย์ประจำบ้านเรียนตามข้อกำหนด เช่น ATLS, ACLS, PALS ฯลฯ ทั้งนี้ สำหรับหลักสูตร ATLS ที่ได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายการเรียนการสอนจากส่วนกลาง โรงพยาบาล/ สถาบัน สามารถเบิกเงินคืนจากกรมการแพทย์ในอัตราที่กำหนด โดยให้โรงพยาบาล/ สถาบัน ทำหนังสือแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ที่เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร ATLS ไปยังกองวิชาการแพทย์ ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี พร้อมแนบเอกสารหลักฐานหนังสือเรียกเก็บค่าลงทะเบียนจากราชวิทยาลัย และใบเสร็จหรือสำเนาใบเสร็จค่าลงทะเบียนเพื่อดำเนินการขออนุมัติกรมการแพทย์ตัดโอนเงินสนับสนุนไปยัง โรงพยาบาล/ สถาบัน (เอกสารเกี่ยวกับ ATLS สามารถดูตัวอย่างได้ในภาคผนวก 3)

3.2.3 สอน basic & clinical science

- 1) กำหนดหัวข้อในการสอน
- 2) หนังสือเชิญวิทยากร
- 3) หนังสือตอบรับการเป็นวิทยากร
- 4) จัดทำคำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ผู้สอน
- 5) หนังสือขออนุมัติดำเนินการสอน
- 6) เบิกค่าใช้จ่าย ตามอัตราที่กำหนดในระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณอุดหนุนทั่วไป

เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ใ้ใบสำคัญรับเงินสำหรับวิทยากร

3.2.4 แพทย์ประจำบ้านอบรมระยะสั้นภายนอกโรงพยาบาล

- 1) สาขาจัดทำหนังสือขออนุมัติไปอบรมระยะสั้นและเบิกค่าใช้จ่าย
- 2) สาขาจัดทำหนังสือเบิกค่าใช้จ่ายในการอบรมระยะสั้นหลังจากการอบรมเสร็จ

3.2.5 แพทย์ประจำบ้านดูงานต่างสถาบัน

- 1) ติดต่อประสานงานไปยังสถาบันที่ต้องการไป elective ทางโทรศัพท์
- 2) หนังสือส่งแพทย์ไป elective และใบประเมิน (ถ้ามี) ไปยังสถาบันที่ไป elective
- 3) รวบรวมคะแนนจากใบประเมิน
- 4) เก็บข้อมูลไว้ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล/ สถาบัน
- 5) แจ้งผลคะแนนการประเมินให้อาจารย์แพทย์และอาจารย์ที่ปรึกษาทราบ

หมายเหตุ จัดทำแบบประเมินผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาล

3.2.6 การนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศ

- 1) แพทย์ประจำบ้านไปนำเสนอผลงานวิจัยของตนเอง
- 2) ตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารทางการแพทย์

หมายเหตุ งบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ยังไม่สามารถใช้เบิกจ่ายในกรณีที่ไปนำเสนอผลงานวิชาการในต่างประเทศ

3.2.7 เบิกค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการเรียนการสอน โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือขอเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ไปยังฝ่ายการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาล/ สถาบัน พร้อมแนบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

- 1) คำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ผู้สอน
- 2) ตารางการสอน
- 3) รายชื่อผู้เข้าฟังการบรรยาย และอาจารย์ผู้สอน
- 4) ใบสำคัญรับเงิน
- 5) อนุมัติดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ในการเรียนการสอน

3.2.8 ส่งสอบวุฒิบัตร

1) ผู้มีสิทธิ์ในการสอบวุฒิบัตรยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานตามระเบียบของแพทยสภา และราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม กำหนด โดยมีเอกสารที่ใช้ในการสมัครสอบ ดังนี้

- ใบคำขอสมัครสอบฯ ซึ่งผู้มีสิทธิ์สอบเพื่อหนังสือวุฒิบัตร กรอกข้อมูลด้วยตนเอง

ในแบบคำขอสมัครสอบที่เว็บไซต์ www.tmc.or.th/tcgme แล้วพิมพ์ลงกระดาษส่งตามที่ราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมนั้น ๆ กำหนด

- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือสำเนาบัตร MD CARD
(ที่ยังไม่หมดอายุ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนาการเปลี่ยนแปลงชื่อ และนามสกุล (ถ้ามี)
- เอกสารอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ หรือราชวิทยาลัย/
วิทยาลัย/ สมาคม ที่กำกับดูแลการฝึกอบรมและสอบสาขา/ อนุสาขานั้น ๆ กำหนดเพิ่มเติม
- รูปถ่ายขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

2) สาขาจัดทำหนังสือส่งรายชื่อผู้มีสิทธิ์สอบวุฒิบัตรผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล/
สถาบัน และส่งไปยังกรรมการแพทย์ โดย เรือนอธิบดีกรรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

3) กรรมการแพทย์จัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้สอบวุฒิบัตร ไปยังราชวิทยาลัยที่กำกับ
ดูแลการฝึกอบรมสาขานั้น ๆ

3.2.9 ประเมินผลการฝึกอบรม

- 1) ติดตามผลการสอบวุฒิบัตรของแพทย์ประจำบ้านที่ส่งสอบ
- 2) โรงพยาบาล/ สถาบัน ประเมินผลการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปี
- 3) โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดให้มีการประเมินหลักสูตรและอาจารย์ผู้สอนเพื่อปรับปรุง
พัฒนาหลักสูตร

4) โรงพยาบาล/ สถาบัน ประเมินศิษย์เก่าจากผู้บังคับบัญชา/ นายจ้างโดยตรง
ของผู้สำเร็จการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

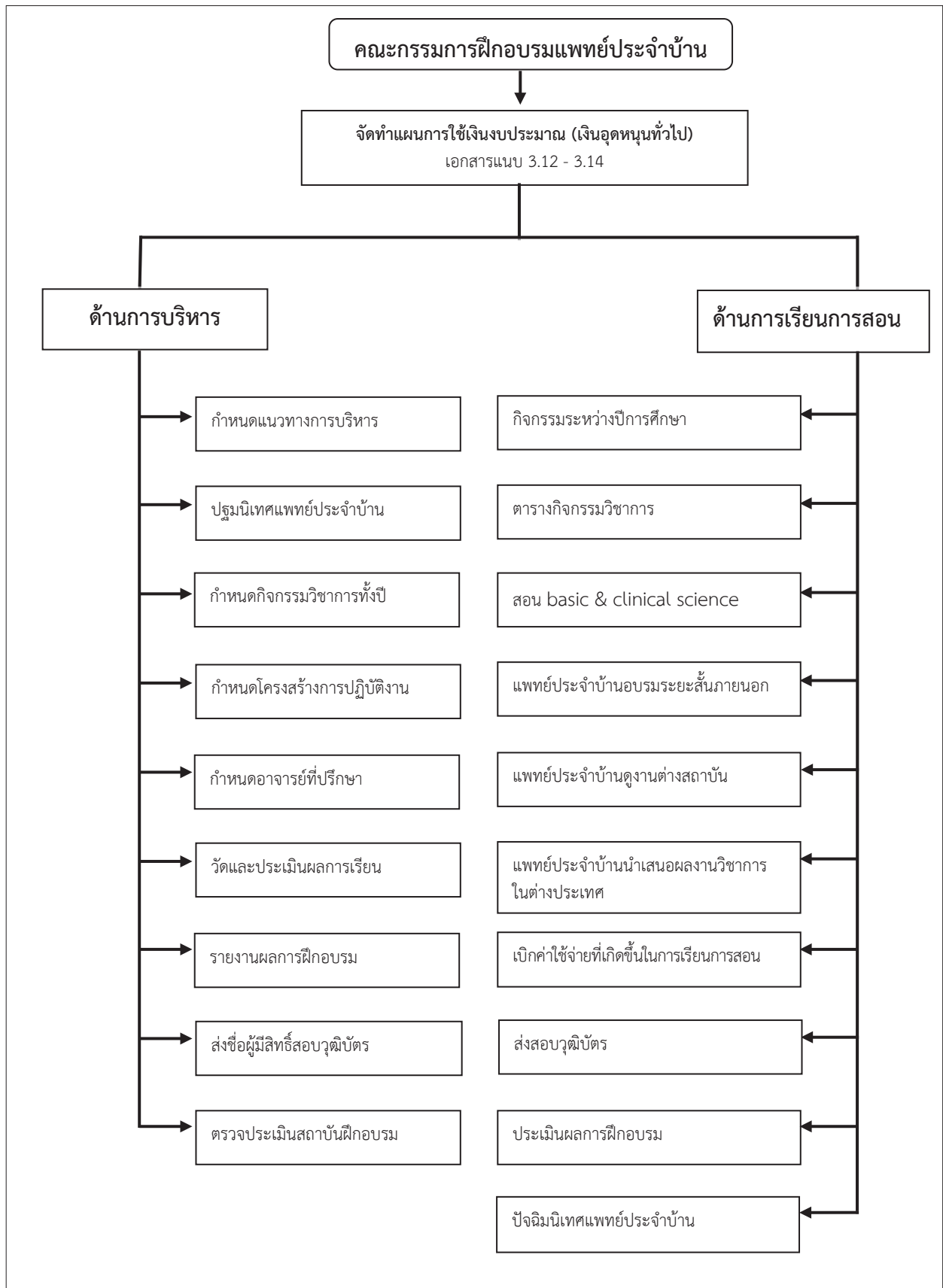
5) โรงพยาบาล/ สถาบัน ประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมจากศิษย์เก่าแพทย์ประจำบ้าน
กรรมการแพทย์ ภายหลังจบการฝึกอบรม

6) สรุปผลการประเมินเพื่อนำผลประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ มาใช้เป็น
แนวทางในการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของกรรมการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2.10 การปัจฉิมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน (เฉพาะสาขา)

- 1) กำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการจัดงานปัจฉิมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน
- 2) แจ้งแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี เข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด
- 3) มอบใบประกาศนียบัตรให้แก่แพทย์ประจำบ้านที่จบการฝึกอบรม

การบริหารการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้าน





บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 3.1

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ลงนามแต่งตั้งคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้รับอนุมัติจากแพทยสภาให้เป็นสถาบัน
ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....
เป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ทางศูนย์/ กลุ่มงาน.....
ใคร่ขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนาม ในคำสั่งแต่งตั้งต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ประธานสาขา.....



คำสั่งโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ที่ /.....

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....

ตามที่โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้รับอนุมัติจากแพทยสภา
ให้เป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....แล้ว นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....เป็นไปด้วย
ความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ ทางศูนย์/ กลุ่มงาน..... ใคร่ขออนุมัติแต่งตั้ง
คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ดังนี้

- | | |
|---------|----------------------|
| ๑. | ประธาน |
| ๒. | รองประธาน |
| ๓. | กรรมการ |
| ๔. | กรรมการ |
| ๕. | กรรมการ |
| ๖. | กรรมการ |
| ๗. | กรรมการ |
| ๘. | เลขานุการและเหรัญญิก |
| ๙. | ผู้ช่วยเลขานุการ |

โดยคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑.
๒.

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่.....(ระบุนวัน/ เดือน/ ปี พ.ศ.)

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ตัวอย่างตารางการประชุมประจำเดือน

เดือน	วัน/เดือน/ปี	เวลา
ตุลาคม	16 ตุลาคม 2562	13.30 – 16.30 น.
พฤศจิกายน	13 พฤศจิกายน 2562	13.30 – 16.30 น.
ธันวาคม	11 ธันวาคม 2562	13.30 – 16.30 น.
มกราคม	16 มกราคม 2563	13.30 – 16.30 น.
กุมภาพันธ์	13 กุมภาพันธ์ 2563	13.30 – 16.30 น.
มีนาคม	13 มีนาคม 2563	13.30 – 16.30 น.
เมษายน	17 เมษายน 2563	13.30 – 16.30 น.
พฤษภาคม	15 พฤษภาคม 2563	13.30 – 16.30 น.
มิถุนายน	12 มิถุนายน 2563	13.30 – 16.30 น.
กรกฎาคม	17 กรกฎาคม 2563	13.30 – 16.30 น.
สิงหาคม	14 สิงหาคม 2563	13.30 – 16.30 น.
กันยายน	18 กันยายน 2563	13.30 – 16.30 น.



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 3.4

ส่วนราชการ โทร. x xxxx xxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา

เรียน

ด้วยกลุ่มงานฝึกอบรม สาขา..... ศูนย์/ กลุ่มงาน.....
ได้กำหนดการประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ครั้งที่.....ขึ้น ในวันที่.....
เวลา.....น. ณ
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว
กลุ่มงานฝึกอบรม สาขา..... จึงขอเรียนเชิญบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วม
การประชุมดังกล่าว รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ประธานสาขา.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร วาระการประชุม แบบตอบรับเข้าร่วมการประชุม และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 3.5

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอส่งรายชื่อคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ สาขา.....

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

ตามหนังสือกองวิชาการแพทย์ ที่..... สธ ๐๓๐๕/..... ลงวันที่.....
เรื่อง ขอรายชื่อคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ สาขาต่าง ๆ ประจำปี นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอส่งรายชื่อคณะกรรมการ
ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ สาขา..... ประจำปีรายละเอียดตามเอกสาร
ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

*หมายเหตุ แนบเอกสาร รายชื่อคณะกรรมการฯ



คำสั่งโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ที่ /.....

เรื่อง คำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม.....

ตามที่โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้รับอนุมัติจากแพทยสภา
ให้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... โดยเริ่มตั้งแต่ปี เป็นต้นมา นั้น

เพื่อให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ณ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ดำเนินไป
อย่างถูกต้องตามระเบียบของการฝึกอบรม จึงขอแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....
ดังรายชื่อต่อไปนี้

๑. นาง..... นายแพทย์เชี่ยวชาญ

๒. นาย..... นายแพทย์เชี่ยวชาญ

๓.

๔.

๕.

๖.

๗.

๘.

๙.

โดยคำสั่งแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ประจำปีการฝึกอบรม.....
มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑.

๒.

ทั้งนี้ ตั้งวันที่.....จนถึงวันที่.....

สั่ง ณ วันที่(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี พ.ศ.)

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



คำสั่งโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ที่ /

เรื่อง คำสั่งแต่งตั้งอาจารย์.....(ระดับด้านความเชี่ยวชาญ เช่น จักษุแพทย์)

เป็นผู้ออกข้อสอบ Oral & OSCE ครั้งที่.....

ตามโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้รับอนุมัติจากแพทยสภา
ให้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... โดยเริ่มตั้งแต่ปี เป็นต้นมา นั้น

เพื่อให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ณ โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ดำเนินไป
อย่างถูกต้องตามระเบียบของการฝึกอบรม จึงขอแต่งตั้งอาจารย์.....(ระดับด้านความเชี่ยวชาญ เช่น จักษุแพทย์)
เป็นผู้ออกข้อสอบให้แก่แพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ดังรายชื่อต่อไปนี้

๑. นาง..... นายแพทย์เชี่ยวชาญ

๒. นาย..... นายแพทย์เชี่ยวชาญ

๓.

๔.

๕.

๖.

๗.

๘.

๙.

โดยคำสั่งแต่งตั้งคำสั่งแต่งตั้งอาจารย์.....(ระดับด้านความเชี่ยวชาญ เช่น จักษุแพทย์)
เป็นผู้ออกข้อสอบ Oral & OSCE ครั้งที่.....มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑.

๒.

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนดำเนินการสอบวัดผลแล้วเสร็จ

สั่ง ณ วันที่.....(ระบุวัน/ เดือน/ ปี พ.ศ.)

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



คำสั่งโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ที่ /.....

เรื่อง คำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของแพทย์ประจำบ้าน ครั้งที่.....

ตามทีโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้รับอนุมัติจากแพทยสภา
ให้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... โดยเริ่มตั้งแต่ปีเป็นต้นมา นั้น

เพื่อให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ณ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ดำเนินไป
อย่างถูกต้องตามระเบียบของการฝึกอบรม จึงขอแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ ดังรายชื่อต่อไปนี้

๑. นาง..... นักจัดการงานทั่วไป

๒. นาย..... นักจัดการงานทั่วไป

๓.

โดยคำสั่งแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของแพทย์ประจำบ้าน
ครั้งที่..... มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑.

๒.

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่จนถึงวันที่.....

สั่ง ณ วันที่.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี พ.ศ.)

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการสอบ MEQ สำหรับแพทย์ประจำบ้าน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ด้วยศูนย์/ กลุ่มงาน..... ได้กำหนดดำเนินการสอบ MEQ
ในวันที่..... ณ.....

ในการนี้ ผู้ดำเนินการโครงการ ใคร่ขออนุมัติดำเนินการสอบดังกล่าวภายใต้เงินงบประมาณ
งบฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ประจำปี..... เป็นจำนวนเงิน.....บาท
โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- | | | |
|------------------------------------|-------|-----|
| - ค่าตอบแทนการออกข้อสอบ | | บาท |
| - ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ | | บาท |
| - ค่าตอบแทนการตรวจข้อสอบ | | บาท |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบ ขอให้โปรดอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ประธานสาขา.....

หมายเหตุ ขี้แจงรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการสอบให้ชัดเจน



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 3.10

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการจัดเตรียมข้อสอบวัดผลสัมฤทธิ์แพทย์ประจำบ้าน ครั้งที่.....

เรียน อาจารย์..... (ระดับด้านความเชี่ยวชาญ เช่น จักษุแพทย์)

ด้วยศูนย์/ กลุ่มงาน..... ได้กำหนดให้มีการสอบวัดผลสัมฤทธิ์
แพทย์ประจำบ้านสาขาจักษุวิทยา ประจำปีการฝึกอบรม..... ครั้งที่ ในวันที่.....
ทางศูนย์/ กลุ่มงาน..... จึงขอความอนุเคราะห์อาจารย์แพทย์ในการออกข้อสอบ
โดยรูปแบบข้อสอบเป็นข้อสอบ ๔ ตัวเลือก รวมถึงแนบเฉลยข้อสอบมาด้วย รายละเอียดดังเอกสารที่แนบมา
พร้อมนี้

ขอความอนุเคราะห์อาจารย์แพทย์โปรดส่งข้อสอบไปยัง อีเมล.....
ผู้ประสานงาน.....ภายในวันที่.....เพื่อดำเนินการตรวจสอบข้อสอบอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ให้ความอนุเคราะห์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร หัวข้อในการออกข้อสอบ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ส่งรายชื่อผู้มีสิทธิสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามหนังสือราชวิทยาลัย..... ที่.....ลงวันที่.....
เรื่อง.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ขอส่งรายชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งมีสิทธิสมัคร
สอบเพื่อหนังสืออนุมัติ ทางสาขา..... ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออก
หนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๒ และที่แก้ไข
เพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๕๘ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน ขอส่งรายชื่อผู้มีสิทธิสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ ดังนี้

๑. สาขา/ อนุสาขา.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เลข ว.	เลข บัตรประชาชน	แผนฝึกอบรม	วันที่เริ่มฝึกอบรมปฏิบัติงาน ประจำสาขา	วันที่จบ/จะจบฝึกอบรม/ ปฏิบัติงานประจำสาขา
๑.						
๒.						

๒. สาขา/ อนุสาขา.....

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	เลข ว.	เลข บัตรประชาชน	แผนฝึกอบรม	วันที่เริ่มฝึกอบรมปฏิบัติงาน ประจำสาขา	วันที่จบ/จะจบฝึกอบรม/ ปฏิบัติงานประจำสาขา
๑.						
๒.						
๓.						

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

รายละเอียดค่าใช้จ่ายเงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ปีงบประมาณ พ.ศ.

หน่วย : บาท

งบรายจ่าย/โครงการ/หลักสูตร/ รายการ	รายละเอียดงบประมาณปี พ.ศ.										สถานที่ดำเนินการ (ใส่เครื่องหมาย ✓)	คำชี้แจง (เหตุผลความจำเป็น และผลประโยชน์ที่จะได้รับ)
	จำนวน ครั้ง/ รุ่น (1)	จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (คน)					รวมเงิน (1*7*8*9) = (10)		อัตราค่าใช้จ่ายที่ตั้ง (หน่วย นับ)			
		ประเภท ก (2)	ประเภท ข (3)	บุคคลภายนอก (4)	คณะ ผู้จัด (5)	วิทยากร (6)	รวม (2+3+4+5+6) = (7)	จำนวน หน่วย นับ (8)		อัตรา ค่าใช้จ่าย (9)		
รวมทั้งสิ้น												
งบเงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง												
ค่าใช้จ่ายในโครงการ..... ประจำปีงบประมาณ												

หมายเหตุ : ความหมายของผู้เข้าร่วมโครงการประเภทต่าง ๆ

(1) ผู้ได้รับการฝึกอบรมประเภท ก หมายความว่า ผู้ได้รับการฝึกอบรมเป็นข้าราชการทั้งภายในหน่วยงาน และหน่วยงานภายนอก ตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับทักษะพิเศษ ข้าราชการตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ ข้าราชการตำแหน่งวิชาชีพและระดับทักษะพิเศษ ข้าราชการตำแหน่งประเภทยานยนต์ ข้าราชการระดับบริหารระดับสูง ข้าราชการตำแหน่งบริหารระดับสูง หรือ ตำแหน่งที่เทียบเท่า

(2) ผู้ได้รับการฝึกอบรมประเภท ข หมายความว่า ผู้ได้รับการฝึกอบรมเป็นข้าราชการทั้งภายในหน่วยงาน และหน่วยงานภายนอก ตำแหน่งประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน ระดับชำนาญงานและระดับอาวุโส ข้าราชการตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับปฏิบัติการ ระดับชำนาญการพิเศษ ข้าราชการตำแหน่งประเภทอำนวยการระดับต้น หรือตำแหน่งที่เทียบเท่า

(3) ผู้ได้รับการฝึกอบรมบุคคลภายนอก หมายความว่า การฝึกอบรมที่ผู้รับการฝึกอบรมมิใช่บุคลากรภาครัฐ

(4) กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ระบุประเภทของกลุ่มเป้าหมาย เช่น จักขุแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ เขตบริการสุขภาพที่ 1 เป็นต้น

(5) จังหวัด/พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง ระบุพื้นที่ เช่น เขตบริการฯ ที่ 1 ประกอบด้วย เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน หรือโรงพยาบาลลพบุรี เป็นต้น

(6) ระบุจำนวน หมายถึง ระบุเฉพาะจำนวนผู้ได้รับการฝึกอบรม

(7) จังหวัดที่ดำเนินการ หมายถึง ระบุจังหวัดสถานที่จัดโครงการ

(8) กิจกรรมดำเนินงาน หมายถึง ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินการในแต่ละโครงการที่สอดคล้องกับความต้องการของโครงการ

(9) วัน/เดือน/ปี ดำเนินงาน หมายถึง ระบุช่วงเวลาที่จะดำเนินการจัดโครงการ

(10) อัตราค่าใช้จ่ายที่ตั้ง หมายถึง อัตราค่าใช้จ่ายที่สำนักงาน/กรม/กระทรวง/หน่วยงานกำหนด เช่น ค่าวิทยากร ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าพาหนะ เป็นต้น

(11) ผลประโยชน์ที่จะได้รับ หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการเมื่อดำเนินการแล้ว (โดยระบุให้ครอบคลุมทั้ง 2 ส่วน)

- ประโยชน์ที่หน่วยงาน ภายนอก/บริการ บุคลากรทางการแพทย์ได้รับ หรือบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด
- ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากโครงการ

โครงการ		
ที่มาโครงการ (โดยสรุป)	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ)	สิ่งที่ประชาชนได้รับ (ผลลัพธ์: OUTCOME)
วัตถุประสงค์	กลไกการขับเคลื่อน	แผนปฏิบัติการปัจจุบัน
เป้าหมายภาพรวมทั้งประเทศ (เป็นใคร, จำนวนเท่าไร)	การประเมินผล	แผนการดำเนินงานในปี ถัดไป (การวางแผนล่วงหน้า)
กลุ่มเป้าหมาย (ระบุประเภท, จำนวน, พื้นที่ของกลุ่มเป้าหมายของ โครงการปัจจุบัน)	ผลผลิต (OUTPUT)	ระยะเวลาสิ้นสุดโครงการ (โครงการดำเนินการกี่ปีถึงจะ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย)

ตัวอย่างแบบฟอร์มการเขียนโครงการ (เงินงบประมาณ.....)

โครงการ..... ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.....

1. ชื่อโครงการ :
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :
3. ผู้รับผิดชอบโครงการ :
4. หลักการและเหตุผล

5. วัตถุประสงค์ของโครงการ

6. สถานที่ดำเนินการ

.....(ภาครัฐ/ เอกชน).....

7. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

7.1 เชิงปริมาณ (ได้แก่ ร้อยละจำนวนผู้รับบริการต่อเป้าหมาย หรือผลผลิตของโครงการ เช่น จำนวนหลักสูตร จำนวนองค์ความรู้ที่เผยแพร่ จำนวนผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตร หรือตัวชี้วัดที่ต้องการบรรลุผลสำเร็จ)

7.2 เชิงคุณภาพ (ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายความสำเร็จ)

8. กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เป้าหมาย

8.1 กลุ่มเป้าหมาย

8.2 พื้นที่เป้าหมาย

9. ระยะเวลาดำเนินโครงการ

ระยะเวลาในการดำเนินการ.....ปี เริ่มจาก (ระบุวัน เดือน ปี).....ถึง.....

10. แผนดำเนินการและกิจกรรม

แผนการและกิจกรรมดำเนินการ ปีงบประมาณ

กิจกรรม	ปีงบประมาณ พ.ศ..... (ใส่เครื่องหมาย * ในเดือนที่ดำเนินการ)												หมายเหตุ
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	

11. รายละเอียดงบประมาณของโครงการ จำนวน.....บาท

แสดงรายละเอียดค่าใช้จ่ายรายการกิจกรรม อัตราตัวคูณต่อหน่วยตามที่สำนักงานงบประมาณกำหนด

13. ผล/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และประชาชนได้รับ

- 1.....
- 2.....



4. การควบคุมกำกับ

4.1 เมื่อแพทย์เข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงาน แพทย์ประจำบ้านผู้นั้นจะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบันฝึกอบรมภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หัวหน้ากลุ่มงาน โดยควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านให้เป็นไปตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ ดังนี้

4.1.1 แพทย์ประจำบ้านที่เข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงานต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับของหัวหน้าภาควิชา

4.1.2 แพทย์ประจำบ้านต้องมีการยาท และความประพฤติอันเหมาะสมต่อผู้ให้การฝึกอบรม ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วย ไม่กระทำการใด ๆ อันจะเป็นที่เสื่อมเสียแก่ชื่อเสียงของวงการแพทย์

4.1.3 แพทย์ประจำบ้านจะได้รับมอบหมายให้ฝึกปฏิบัติงานและหน้าที่รับผิดชอบจากหัวหน้าแผนกวิชาที่เข้าทำการฝึกอบรม

4.1.4 ในระหว่างการฝึกอบรม หากปรากฏว่าแพทย์ประจำบ้านมีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือขาดความรับผิดชอบหรือไม่สนใจการฝึกอบรมปฏิบัติงาน คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์มีสิทธิ์เสนอคณะกรรมการฯ พิจารณาให้ออกจากการฝึกอบรมหรือส่งปฏิบัติงานเพิ่ม

4.1.5 ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านจะต้องฝึกอบรมและปฏิบัติงานนอกกลุ่มงานให้คณะกรรมการฝึกอบรมในกลุ่มงาน/ ภาควิชา นั้น พิจารณาให้คะแนนการอบรมและปฏิบัติงานและถือเป็นคะแนนพิจารณาตัดสินใจเลื่อนขั้นปีของแพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปี

4.1.6 แพทย์ประจำบ้านต้องเข้าร่วมอภิปราย บรรยาย ประชุมทางวิชาการที่เกี่ยวข้องของงานฝ่าย หรือของโรงพยาบาล/ สถาบันทุกครั้งที่มีการกำหนดให้เข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

- 1) interesting case conference ไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ เดือน
- 2) journal club ไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ เดือน
- 3) lecture/ topic review ไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ สัปดาห์
- 4) ward round/ grand round
- 5) อื่น ๆ

4.1.7 แพทย์ประจำบ้านจะต้องสวมเครื่องแบบในเวลาฝึกอบรมและปฏิบัติงานเสมอ

4.1.8 แพทย์ประจำบ้านจะต้องรายงานแพทย์อาวุโสที่ปรึกษาทุกครั้ง ถ้ามีเหตุการณ์ที่สำคัญเกิดขึ้นหรือมีผู้ป่วยใหม่ทุกราย

4.1.9 แพทย์ประจำบ้านผู้ใดประพฤติไม่เหมาะสม ขาดความรับผิดชอบ ทั้งในและนอกเวลา ราชการไม่ปฏิบัติตามกฎและระเบียบ ทำให้เกิดความเสียหาย หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านหรือแพทย์อาวุโส มีสิทธิ์พิจารณาลงโทษแล้วแต่ความผิดมากน้อย ซึ่งระดับโทษที่พิจารณา คือ

- 1) ตักเตือน 2 ครั้ง ครั้งที่ 3 จะต้องเขียนรายงาน
- 2) ภาคทัณฑ์
- 3) ไม่ให้เลื่อนขั้นของการฝึกอบรม
- 4) ให้ออกจากการฝึกอบรม
- 5) ไม่ส่งชื่อให้สอบประเมินเพื่อวุฒิบัตรฯ

4.2 ควบคุมกำกับการลาป่วย/ ลาพัก ของแพทย์ประจำบ้านให้เป็นไปตามข้อกำหนดและระเบียบ โดยดูรายละเอียดตาม flow chart การควบคุมกำกับในหัวข้อ 2

4.3 การทำหนังสือลาออก หนังสือลาพัก และหนังสือเปลี่ยนชื่อ – สกุลของแพทย์ประจำบ้าน

4.3.1 แพทย์ประจำบ้านส่งแบบฟอร์มการลาออก/ ลาพัก/ เปลี่ยนชื่อ – สกุล ให้สาขาที่ฝึกอบรม (ในกรณีที่ลาออกหรือลาพักเนื่องจากปัญหาสุขภาพต้องแนบใบรับรองแพทย์ฉบับจริง และในกรณีมีการเปลี่ยนชื่อ – สกุลต้องแนบสำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ – สกุล พร้อมทั้งรับรองสำเนา)

4.3.2 กลุ่มงาน/ สาขาที่ฝึกอบรมทำหนังสือแจ้งการลาออก (เอกสารแนบ 4.1)/ หนังสือแจ้งการลาพัก (เอกสารแนบ 4.2) หนังสือเปลี่ยนชื่อ – สกุลของแพทย์ประจำบ้าน เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน (เอกสารแนบ 4.3)

4.3.3 โรงพยาบาล/ สถาบัน ทำหนังสือแจ้งการลาออก/ ลาพัก/ หนังสือเปลี่ยนชื่อ – สกุล ของแพทย์ประจำบ้าน ไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

4.3.4 กลุ่มงานพัฒนาระบบถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนามเพื่อเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์

4.3.5 กรมการแพทย์ทำหนังสือแจ้งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม และต้นสังกัดของแพทย์ประจำบ้าน (ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านมีต้นสังกัด)

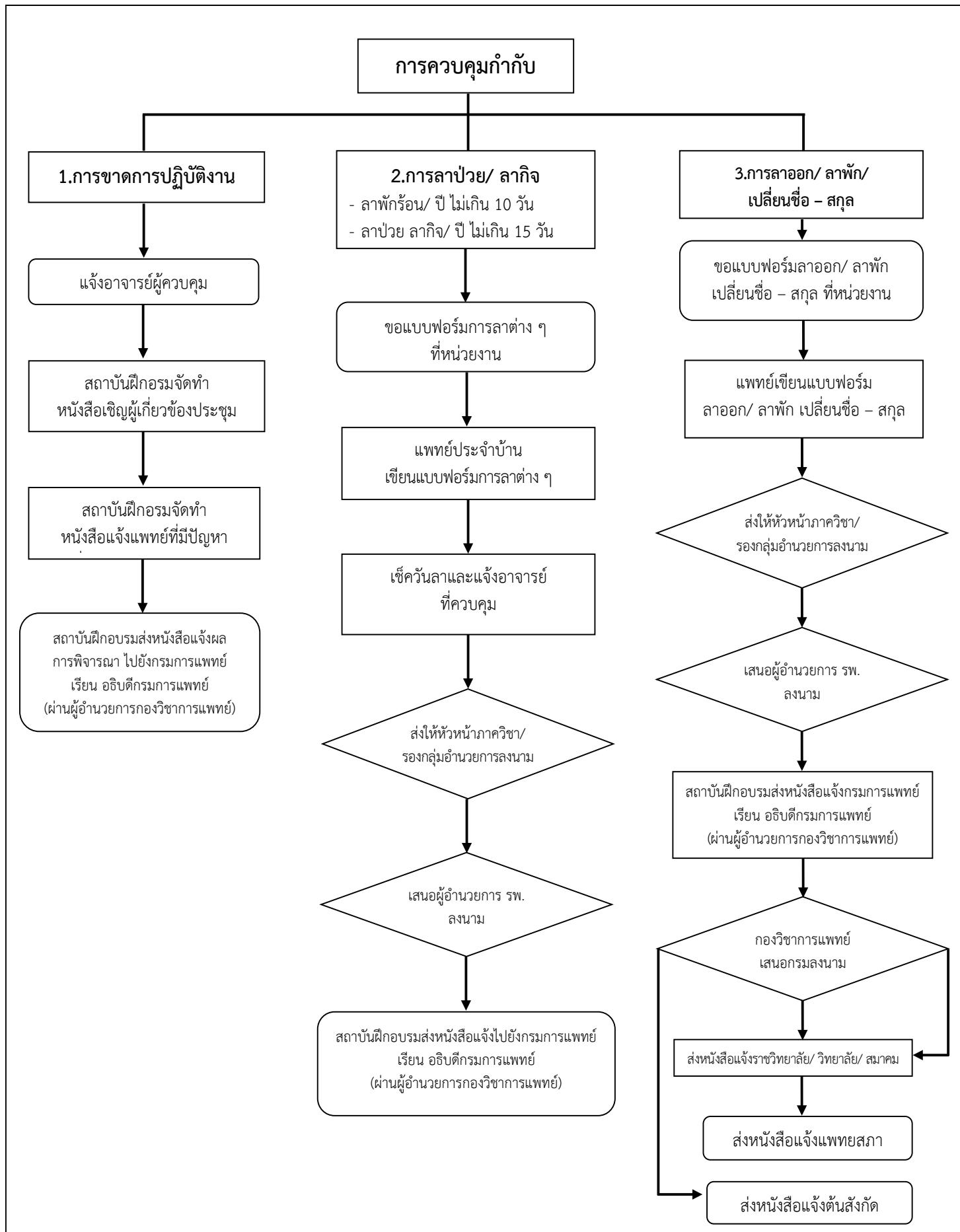
4.3.6 ราชวิทยาลัยทำหนังสือแจ้งการเปลี่ยนชื่อ – สกุล/ หนังสือการลาออกของแพทย์ประจำบ้าน (พร้อมแนบผลการพิจารณาการตัดสินใจการสมัครเข้ารับการฝึกอบรม) ไปยังแพทยสภา

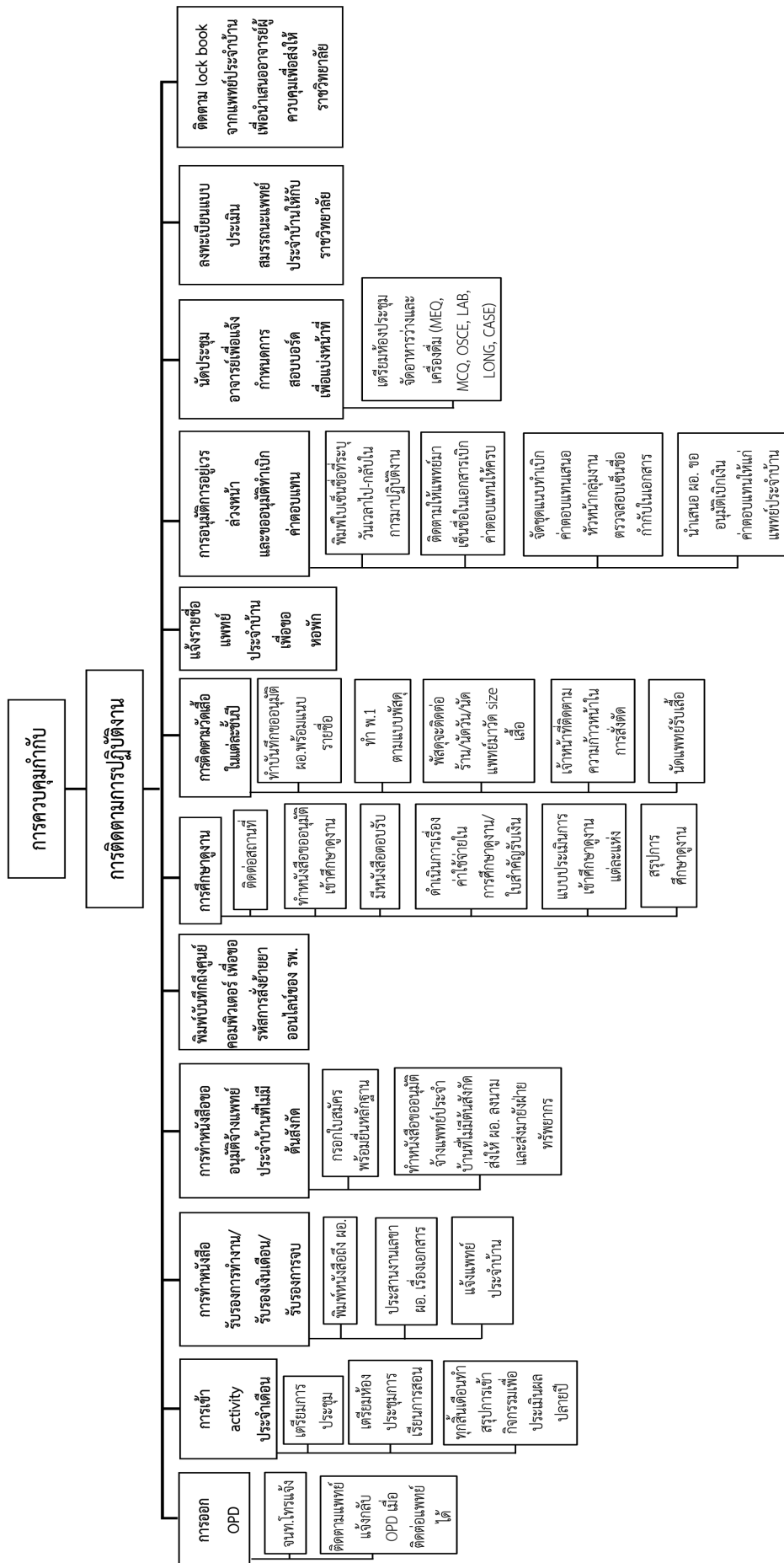
4.3.7 ในกรณีลาออกแพทยสภาแจ้งผลการพิจารณาตัดสินใจในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรม

4.3.8 กรมการแพทย์แจ้งผลการพิจารณาตัดสินใจในการสมัครเข้ารับการฝึกอบรมกลับ โรงพยาบาล/ สถาบัน

4.3.9 ในกรณีแพทย์ลาพักกลับเข้ารับการฝึกอบรม โรงพยาบาล/ สถาบัน ทำหนังสือแจ้งการกลับเข้ารับการอบรมไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) เพื่อให้กรมการแพทย์แจ้งไปยังราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคม

4.4 ติดตามการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน







บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../.....

วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอลาออกจากการฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา.....
ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ต้นสังกัด.....
มีความประสงค์ขอลาออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เนื่องจาก.....
จึงขอลาออกจากการฝึกอบรมตั้งแต่วันที่..... เป็นต้นไป

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง
เห็นควรให้นาย/ นางสาว/ นาง.....ลาออกจากการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขา
ดังกล่าว ตั้งแต่วันที่..... รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- หนังสือลาออกจากการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ (กรณีมีการเจ็บป่วย)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอลาพักการฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา.....
ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....
ต้นสังกัด.....มีความประสงค์ขอลาพักการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เนื่องจาก.....
จึงขอลาพักจากการฝึกอบรมตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเวลา.....วัน
เมื่อครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว นาย/ นางสาว/ นาง..... จะกลับเข้ารับ
การฝึกอบรมในชั้นปีที่.....ปีการฝึกอบรม..... ในวันที่.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง เห็นควรให้
นาย/ นางสาว/ นาง.....ลาพักการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขา
ดังกล่าว ได้ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เมื่อครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว นาย/ นางสาว/ นาง..... จะกลับเข้ารับการฝึกอบรมในชั้นปีที่.....
ปีการฝึกอบรม..... ในวันที่..... รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- หนังสือลาพักการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน
- ใบรับรองแพทย์ที่ออกโดยโรงพยาบาลของรัฐ (กรณีมีการเจ็บป่วย)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอเปลี่ยน..... (ระบุว่าเปลี่ยน ชื่อ/ ชื่อสกุล)

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง.....แพทย์ประจำบ้านสาขา.....ชั้นปีที่.....
ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/สถาบัน.....มีความประสงค์ขอเปลี่ยน.....
(ระบุว่าชื่อ/ ชื่อสกุล)

จากเดิม.....เปลี่ยนเป็น.....
รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ/ ชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา
- สำเนาใบสำคัญการสมรส พร้อมรับรองสำเนา (กรณีจดทะเบียนเปลี่ยนชื่อ - สกุล)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านกลับเข้ารับการศึกษาอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่ นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา.....
ชั้นปีที่..... ประจำปีการศึกษา.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ดันสังกัด
.....ได้ขอพักการฝึกอบรมตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเวลา
.....วัน นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งว่านาย/ นางสาว/ นาง.....
ได้กลับเข้ารับการศึกษาอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาดังกล่าว ในชั้นปีที่.....ปีการศึกษา.....
ตั้งแต่วันที่..... รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

เอกสารอื่น ๆ

ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกำกับ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขอแจ้งแพทย์ประจำบ้านสาขา.....ฝึกอบรมต่อ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามหนังสือ.....ลงวันที่.....โรงพยาบาล/สถาบัน.....
แจ้งการขอลาพักของนาย/ นางสาว/ นาง.....แพทย์ประจำบ้านสาขา.....ชั้นปีที่.....
ขอลา.....เนื่องจาก.....ระหว่างวันที่.....ถึง.....
ทำให้มีเวลาในการฝึกอบรมไม่ครบตามจำนวนที่หลักสูตรกำหนดไว้ นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งให้นาย/ นางสาว/ นาง.....
แพทย์ประจำบ้านสาขา.....ชั้นปีที่.....ฝึกอบรมต่อเป็นระยะเวลา.....ตั้งแต่วันที่.....
ถึง.....เพื่อให้การฝึกอบรมครบตามที่ราชวิทยาลัย.....กำหนดในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แแนบเอกสาร หนังสือแจ้งการลาของแพทย์ประจำบ้าน (เรื่องเดิม)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง แจ้งแพทย์ประจำบ้านสาขา.....ผ่านการฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามหนังสือ.....ลงวันที่.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ขอให้นาย/ นางสาว/ นาง.....แพทย์ประจำบ้านสาขา.....ชั้นปีที่.....ฝึกอบรมต่อเป็นเวลา
.....ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....ดังกล่าวแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งว่านาย/ นางสาว/ นาง.....
ได้ผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ครบตามที่ราชวิทยาลัย.....
กำหนด ในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร หนังสือ (เรื่องเดิม)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../.....

วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านไม่ได้เลื่อนชั้นการฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา.....
ชั้นปีที่..... ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ต้นสังกัด.....
เข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
หลักสูตร.....ปี

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... โดยคณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
สาขา.....มีมติให้ นาย/ นางสาว/ นาง.....ไม่ได้เลื่อนชั้นการฝึกอบรม
ในปีที่.....เนื่องจาก.....
รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แแนบเอกสาร รายงานการประชุมที่มีมติไม่ให้เลื่อนชั้นในที่ประชุม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอย้ายสาขา/ สถาบันการฝึกอบรม

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง..... แพทย์ประจำบ้านสาขา..... ชั้นปีที่.....
ประจำปีการฝึกอบรม.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ต้นสังกัด.....
มีความประสงค์ขอย้าย จาก สาขา/ สถาบันฝึกอบรม.....
เป็นสาขา/ สถาบันฝึกอบรม.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ยินดีรับย้ายสาขา/ สถาบันฝึกอบรม
ของนาย/ นางสาว/ นาง.....ได้ ตามรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น โดยจะเริ่มในปีการฝึกอบรม.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แแนบเอกสาร สำเนาหนังสือแจ้งการขอย้ายสถานฝึกอบรม ทั้งนี้ ให้สถาบันฝึกอบรมใหม่ดำเนินการ
ตรวจสอบโควตาว่างของสาขาดังกล่าวด้วย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอเปลี่ยนแปลงต้นสังกัด

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วย นาย/ นางสาว/ นาง.....แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่
ประจำปีการฝึกอบรม สาขา..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....
มีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงต้นสังกัด จากเดิม ต้นสังกัดอิสระ เป็น ต้นสังกัด.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งเปลี่ยนแปลงต้นสังกัดของนาย/ นางสาว/ นาง
เป็นต้นสังกัด..... โดยรับรองสิทธิการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาดังกล่าวฯ
และมีสิทธิ์เข้าสอบวุฒิบัตรสาขา.....ได้ตามปกติ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่.....

เรื่อง แพทย์ประจำบ้านขอสิทธิเข้ารับการฝึกอบรม ประจำปีการฝึกอบรม.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่แพทยสภา ประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ประจำปีการฝึกอบรม.....รอบ.....เสร็จสิ้นไปแล้ว นั้น

ในการนี้ นาย/ นางสาว/ นาง.....ผู้ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมสาขา.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....มีความประสงค์ขอสิทธิเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการฝึกอบรม.....เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ เอกสารแนบ คือ หนังสือการขอสิทธิของแพทย์ประจำบ้าน (ถ้ามี)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่.....สธ...../.....วันที่.....

เรื่องขอแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่สำเร็จการฝึกอบรมตามหลักสูตร.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้มีการจัดฝึกอบรมหลักสูตร
แพทย์ประจำบ้าน สาขา..... นั้น

บัดนี้ มีแพทย์ประจำบ้านสำเร็จการฝึกอบรมตามหลักสูตรดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น..... ราย
ดังรายนามต่อไปนี้

๑. สาขา..... ปีที่เข้ารับการฝึกอบรม (วันที่.....ถึง.....) มีดังนี้
 - ๑.๑ นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
 - ๑.๒ นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
 - ๑.๓ นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
๒. สาขา..... ปีที่เข้ารับการฝึกอบรม (วันที่.....ถึง.....) มีดังนี้
 - ๒.๑ นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
 - ๒.๒ นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....
 - ๒.๓ นาย/ นางสาว/ นาง.....ต้นสังกัด.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ กรณีมีรายชื่อแพทย์จำนวนมาก ให้ทำเป็นเอกสารแนบท้าย



5 การติดตามและประเมินผล



5. การติดตามและประเมินผล

5.1 ขณะฝึกอบรม

5.1.1 โรงพยาบาล/ สถาบัน ดำเนินการ ดังนี้

1) การส่งแพทย์ประจำบ้านไป elective

- มีการจัดตาราง elective

- โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือบันทึกข้อความถึงสถาบันที่ส่งแพทย์

ประจำบ้านไป elective โดยให้อำนาจการโรงพยาบาล/ สถาบันเป็นผู้ลงนาม (เอกสารแนบ 5.1) พร้อมทั้งแนบบรรณบัตรแพทย์ประจำบ้าน (เอกสารแนบ 5.2) และซองพร้อมที่อยู่ (เฉพาะสถาบัน) เพื่อส่งแบบประเมินกลับไปยังสถาบันฝึกอบรม

- หน่วยงานที่รับ elective ทำหนังสือยินดียินรับแพทย์ประจำบ้านไป elective ไปยังโรงพยาบาล/ สถาบัน (เฉพาะสถาบัน)

2) ระหว่างที่แพทย์ประจำบ้านมา elective

- แพทย์ประจำบ้านสอบประเมินความรู้หลังการฝึกอบรมประจำเดือน (ใช้ข้อสอบที่สาขาเตรียมไว้)

- แพทย์ประจำบ้านที่มา elective ทำแบบประเมินความเห็นต่อการฝึกอบรมของสาขา (เฉพาะสาขา) (เอกสารแนบ 5.3)

- หน่วยงานที่รับ elective จัดทำหนังสือส่งตัวแพทย์ประจำบ้านกลับ พร้อมแบบประเมินตอบกลับ (เอกสารแนบ 5.4)

3) การสอบ in - training ระหว่างภาคการฝึกอบรม

- ประธานอาจารย์แพทย์ กำหนดวัน เวลา และสถานที่สอบ และดำเนินการแจ้งให้แพทย์ประจำบ้านทราบ

- โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือขออนุมัติจัดกิจกรรมดำเนินการสอบประเมินผล (เอกสารแนบ 5.5)

- โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือขอข้อสอบ in - training examination (เอกสารแนบ 5.6)

- รวบรวมข้อสอบ พิมพ์ข้อสอบ และดำเนินการจัดสอบ

- สรุปคะแนน in - training examination

- โรงพยาบาล/ สถาบัน ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการสอบประเมินผล (เอกสารแนบ 5.7)

- พิมพ์แบบฟอร์มกิจกรรมประเมิน ลงบันทึกข้อมูล รายงานผลประจำเดือน

- สอบวัดผลระหว่างปีการฝึกอบรม

4) เก็บรวบรวมผลการประเมิน ลงบันทึกข้อมูล รายงานผลประจำเดือน และรายงานผลปลายภาคการฝึกอบรม

5) นำข้อมูลของแพทย์ประจำบ้านในแต่ละคน มาเปรียบเทียบในแต่ละปีการฝึกอบรม โดยให้ลงบันทึกไว้

5.1.2 กรรมการแพทย์ดำเนินการ ดังนี้

1) ตรวจสอบรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่คาดว่าจะสำเร็จการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

ทุกชั้นปี

2) จัดทำใบประกาศนียบัตรสำหรับแพทย์ประจำบ้านที่เลื่อนผ่านชั้นปี

5.2 ก่อนจบการฝึกอบรม

5.2.1 เก็บข้อมูลประวัติแพทย์ประจำบ้านโดยละเอียด เพื่อเก็บเป็นทำเนียบศิษย์เก่าของแต่ละสาขา และเป็นข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลหลังจบการฝึกอบรม (เอกสารแนบ 5.8)

5.2.2 เตรียมข้อมูลประกอบการจัดทำหนังสือปัจฉิมนิเทศแพทย์ประจำบ้าน เพื่อส่งกองวิชาการแพทย์ กรรมการแพทย์ โดยมีข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลแพทย์ประจำบ้านที่คาดว่าจะจบ (ชื่อ – สกุล ต้นสังกัด ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์ อีเมล ภาพถ่ายในรูปแบบไฟล์ jpg)

2) ข้อมูลความในใจของประธานสาขา/ อาจารย์ประจำสาขา

5.2.3 ทำหนังสือรับรองเพื่อส่งสอบวุฒิบัตร

1) จัดทำหนังสือรับรองผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (เอกสารแนบ 5.9)

2) หนังสือรับรองการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน (เอกสารแนบ 5.10)

5.2.4 ติดตามการสอบเพื่อวุฒิบัตร

1) สอบประจำปี เพื่อส่งสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ (โรงพยาบาล/สถาบัน ส่งราชวิทยาลัย/ วิทยาลัย/ สมาคมโดยส่งผ่านกรรมการแพทย์)

2) ติดตามการสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ

5.3 หลังจบการฝึกอบรม

5.3.1 หนังสือส่งตัวกลับต้นสังกัด

1) โรงพยาบาล/ สถาบัน แจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่สิ้นสุดการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน (เอกสารแนบ 5.11) ไปยังกรรมการแพทย์

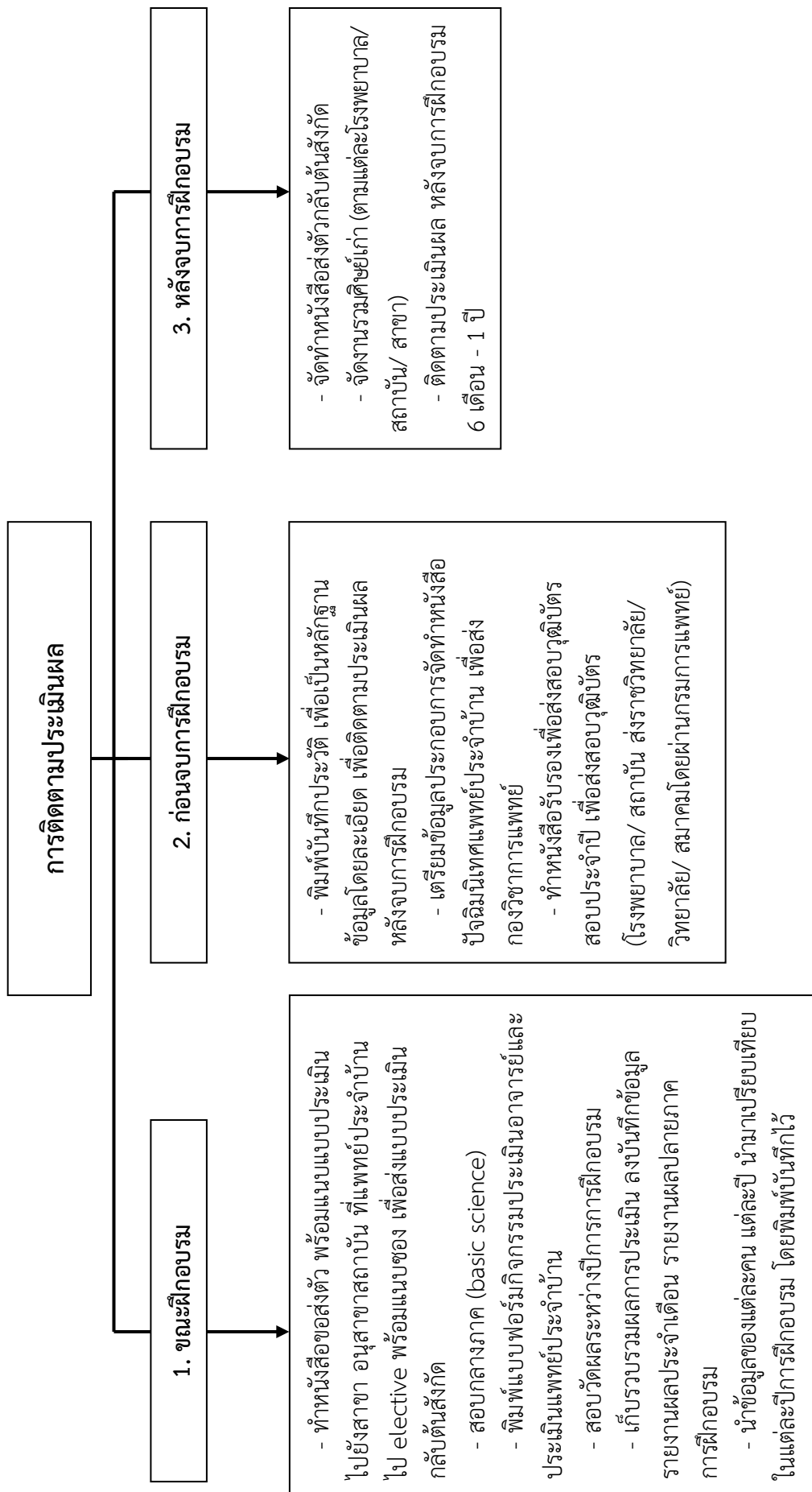
2) กรรมการแพทย์ โดยกองวิชาการแพทย์ จัดทำหนังสือส่งแพทย์กลับเข้าปฏิบัติงาน ต้นสังกัด ออกในนามกรรมการแพทย์ (เอกสารแนบ 5.12)

หมายเหตุ การดำเนินการออกหนังสือส่งตัวกลับต้นสังกัด จะดำเนินการก่อนจบการฝึกอบรมอย่างน้อย 2 เดือน

5.3.2 จัดงานรวมศิษย์เก่า (ตามแต่ละโรงพยาบาล/ สถาบัน/ สาขา)

5.3.3 ติดตามประเมินผล หลังจบการฝึกอบรม 6 เดือน - 1 ปี

หมายเหตุ การติดตามและการประเมินให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามเกณฑ์มาตรฐานเวชบัณฑิตศึกษา (PGCME) ของสหพันธ์แพทยศึกษาโลก (WFME) ของแต่ละราชวิทยาลัยที่กำหนด





บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 5.1

ส่วนราชการ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติส่งแพทย์ประจำบ้านเข้ารับการฝึกอบรมและปฏิบัติงาน

เรียน หัวหน้างาน/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ด้วยกลุ่มงาน.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... มีความประสงค์
ขออนุมัติส่งแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... สาขา..... ปีการฝึกอบรม..... เข้ารับการฝึกอบรม
และปฏิบัติงาน ณ กลุ่มงาน.....

ในการนี้ เพื่อเป็นการเรียนรู้ในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเป็นการเพิ่มพูนทักษะของผู้เข้ารับ
การฝึกอบรมให้ดียิ่งขึ้น โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอส่งแพทย์ประจำบ้านเข้ารับ
การฝึกอบรมและปฏิบัติงาน ในกลุ่มงานดังกล่าวข้างต้น ดังมีรายนามต่อไปนี้

- | | |
|-------------------|---------------------------------|
| ๑. ชื่อ-สกุล..... | ฝึกอบรมและปฏิบัติงานวันที่..... |
| ๒. ชื่อ-สกุล..... | ฝึกอบรมและปฏิบัติงานวันที่..... |
| ๓. ชื่อ-สกุล..... | ฝึกอบรมและปฏิบัติงานวันที่..... |
| ๔. ชื่อ-สกุล..... | ฝึกอบรมและปฏิบัติงานวันที่..... |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้แพทย์ประจำบ้าน เข้ารับการฝึกอบรมในช่วงระยะเวลา
ดังกล่าว จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ติดรูปถ่าย

(ตัวอย่าง) แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน
กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ - สกุล..... แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่.....
ปฏิบัติงานใน.....
ช่วงเวลาปฏิบัติงาน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่.....
เวลาที่ปฏิบัติงาน () ครบ () ป่วย.....วัน () ลา.....วัน () ขาด.....วัน

รายงานการประเมิน	คะแนน	ความเห็น
๑. ความรู้ทางวิชาการ ๒๕ คะแนน		
๑.๑ นำความรู้มาใช้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง (๑๕ คะแนน) และสนใจการศึกษาอย่างต่อเนื่อง		
๑.๒ ใช้เหตุผลในการตัดสินใจ (๑๐ คะแนน)		
๒. ทักษะ ๓๐ คะแนน		
๒.๑ ความสามารถ (หัตถการ) (๒๐ คะแนน)		
๒.๒ ความสามารถในการแสดงออก (๑๐ คะแนน) (การพูด สอน และการเขียน)		
๓. เจตคติ ๔๕ คะแนน		
๓.๑ รับผิดชอบในหน้าที่และมีระเบียบวินัย (๒๐ คะแนน) (การดูแลผู้ป่วย Medical record ตรงต่อเวลาและอยู่เวร)		
๓.๒ สนใจและตั้งใจปฏิบัติงาน (๑๐ คะแนน)		
๓.๓ มนุษยสัมพันธ์/ มารยาท (๑๐ คะแนน)		
๓.๔ ความคิดริเริ่ม (๕ คะแนน)		
คะแนนรวม ๑๐๐ คะแนน		

ความเห็นเพิ่มเติม.....

ในความเห็นของท่านเห็นสมควรให้แพทย์ผู้นี้ () ผ่านการฝึกอบรม
() ตักเตือนเป็นลายลักษณ์อักษร
() ข้าราชการฝึกอบรมเป็นเวลา.....เดือน.....ปี
() ออกจากการฝึกอบรม

หมายเหตุ ดีมาก = 4 (90-100 คะแนน), ดี = 3 (75-89 คะแนน), พอใช้ = 2 (60-75 คะแนน), ควรปรับปรุง = 1 (<60 คะแนน)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับผิดชอบการฝึกอบรม/ ประเมินผล
วันที่...../...../.....

(ตัวอย่าง) แบบประเมินของแพทย์ประจำบ้านสาขา.....

ต่อการฝึกอบรมของกลุ่มงาน..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

แพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ชั้นปีที่.....

ช่วงเวลาที่ปฏิบัติงาน ตั้งแต่ วันที่.....ถึง.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ลงในแต่ละข้อตามความคิดเห็นของท่าน

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
ก. วัตถุประสงค์ในการฝึกอบรม สาขา.....					
1. ท่านเข้าใจวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม สาขา.....					
2. การปฐมนิเทศ ชี้แจงบทบาทหน้าที่ แนวทาง ปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านได้ชัดเจน					
ข. ประสบการณ์ การเรียนรู้ของท่าน					
1. จากการดูแลผู้ป่วย					
1.1 preoperative care					
1.2 การผ่าตัด/ ช่วยผ่าตัด					
1.3 postoperative care					
1.4 ward round/ ward work					
1.5 การอยู่เวรนอกเวลา					
2. จากกิจกรรมวิชาการ					
2.1 case conference					
2.2 interesting case					
2.3 journal club					
2.4 morbidity & mortality conference					
2.5 medico – surgical conference					
2.6 tumor conference					
2.7 anesthesiology					
2.8 orthopedics					
2.9 radiology					
2.10 subspecialty conference					
2.11 bedside teaching					
2.12 grand round					
2.13 interhospital conference					
3. จากการศึกษาด้วยตนเอง					

ประเด็นการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5 มากที่สุด	4 มาก	3 ปานกลาง	2 น้อย	1 น้อยที่สุด
ค. การประเมินผล การสอบเมื่อจบการฝึกอบรม					
ง. สัมพันธภาพของท่านต่อผู้เข้าร่วมงาน					
1. อาจารย์					
2. แพทย์ประจำบ้าน					
3. เจ้าหน้าที่ ward					
4. เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด					
5. เจ้าหน้าที่ OPD					
6. เจ้าหน้าที่ ER					
จ. ทรัพยากร/ สถานที่					
1. ห้องเรียน					
2. ห้องสมุด					
3. ห้องพักรับ					

ฉ. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....



เอกสารแนบ 5.4

ที่

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี)

เรื่อง ขอส่งแบบประเมินการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้าน

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการการประกอบโรคพิษภัยประจำบ้าน สาขา.....

ตามหนังสือสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการการประกอบโรคพิษภัยประจำบ้าน สาขา.....
กรมการแพทย์ ที่..... ลงวันที่..... เรื่อง ขอส่งแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....
เพื่อเข้ารับการประกอบโรคพิษภัย ณ กลุ่มงาน.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....เป็นเวลา..... เดือน
ระหว่างวันที่..... นั้น

ในการนี้ได้สิ้นสุดการประกอบโรคพิษภัยดังกล่าวแล้ว โรงพยาบาล/ สถาบัน.....
จึงขอส่งแบบประเมินผลการประกอบโรคพิษภัยการปฏิบัติงาน ของแพทย์ประจำบ้าน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

๑. ชื่อ - สกุล.....แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... สาขา.....
๒. ชื่อ - สกุล.....แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... สาขา.....
๓. ชื่อ - สกุล.....แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... สาขา.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

สำนักงาน/ กลุ่มงาน

โทรศัพท์

โทรสาร



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 5.5

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินการสอบประเมินผลฯ

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ตามที่กลุ่มงาน.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้รับอนุมัติ
ดำเนินการจัด “โครงการ.....” ภายใต้แผนโครงการประจำปีงบประมาณ.....นั้น

ในการนี้ กลุ่มงาน.....ขอดำเนินการ ดังนี้

๑. ขออนุมัติดำเนินการจัดกิจกรรมการสอบประเมินผลประจำปี ภายในกลุ่มงานฯ ประจำปี
การฝึกอบรม..... ในวันที่.....ณ.....

๒. ขออนุมัติดำเนินการออกสอบข้อสอบปรนัย (MCQ) และข้อสอบอัตนัย (Case) กำหนด
ส่งภายในวันที่..... ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติข้อ ๑ – ๒ ด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร รายละเอียดดำเนินการสอบประเมินผลฯ



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 5.6

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอข้อสอบ in – training examination

เรียน แพทย์ประจำกลุ่มงาน.....(หรือคณะกรรมการออกข้อสอบ ชื่อ - สกุล)

ด้วยกลุ่มงาน.....จะจัดสอบ in – training examination สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ในวันที่..... และในปีนี้อธิบายให้ทุกท่านช่วยออกข้อสอบตามหัวข้อที่ได้แนบมาพร้อมนี้

โดยออกข้อสอบเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น ควรเป็นลักษณะ problem - solving มากกว่า recall เป็นข้อสอบอัตนัย (essay) ๒ ข้อ ต่อท่าน พร้อม key word/ key statement ที่จะให้คะแนน และข้อสอบปรนัย (๕ – choice MCQ) ๒๐ ข้อ พร้อมเฉลย และ reference (ถ้ามี) ทั้งนี้ มีกำหนดส่งข้อสอบภายในวันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร รายละเอียดหัวข้อในการออกข้อสอบ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ /

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสอบประเมินผลประจำปี

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ตามหนังสือที่..... ลงวันที่.....เรื่อง ขออนุมัติจัดกิจกรรมดำเนินการสอบประเมินผลฯ และท่านได้พิจารณาอนุมัติให้กลุ่มงานศัลยศาสตร์ ดำเนินการสอบประเมินผลแพทย์ประจำบ้านสาขา..... ประจำปีการศึกษา..... นั้น

ในการนี้ กลุ่มงาน.....ขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนในการสอบประเมินผลฯ ดังนี้

๑. ค่าตอบแทนออกข้อสอบปรนัย บาท
๒. ค่าตอบแทนออกข้อสอบอัตนัย บาท
๓. ค่าตรวจข้อสอบ เหมาจ่าย บาท
๔. ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่คุมสอบ บาท
๕. ค่าอาหารว่าง บาท
๖. ค่าอาหารกลางวัน บาท
๗.
๘.

รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....บาทถ้วน) ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร รายละเอียดค่าใช้จ่ายในการสอบประเมินผลฯ

ทำเนียบศิษย์เก่า สาขา.....
 โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ข้อมูลส่วนตัว

คำนำหน้าชื่อ.....
 ชื่อ-นามสกุล.....
 English Name.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 ตำบล/ แขวง.....อำเภอ/ เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่ทำงาน.....
 ตำบล/ แขวง.....อำเภอ/ เขต.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

การติดต่อ
 โทรศัพท์ที่บ้าน.....
 โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 โทรสาร.....
 โทรศัพท์มือถือ.....
 E-mail.....

งานหลักที่ทำในปัจจุบัน (ใส่หมายเลขเรียงลำดับจากงานที่เป็นหลักที่สุด)

๑.
 ๒.
 ๓.
 ๔.



เอกสารแนบ 5.9

ที่

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....

.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี)

เรื่อง รับรองผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

เรียน ผู้เกี่ยวข้อง

กลุ่มงาน..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ขอรับรอง
ว่า นาย/ นาง/ นางสาว.....ได้ผ่านการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....
ครบถ้วน เดือน ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม.....ถึง.....(หลักสูตร ๔ ปี)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

สำนักงาน/ กลุ่มงาน

โทรศัพท์

โทรสาร



เอกสารแนบ 5.10

ที่

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....

.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี)

เรื่อง รับรองการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

เรียน ผู้เกี่ยวข้อง

กลุ่มงาน..... โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ขอรับรองว่า นาย/ นาง/ นางสาว..... แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่..... ได้เข้ารับ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... ตั้งแต่ปีการศึกษา..... และจะสิ้นสุดหลักสูตร
การฝึกอบรมฯ ในวันที่นี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

สำนักงาน/ กลุ่มงาน

โทรศัพท์

โทรสาร



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ / วันที่

เรื่อง ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่สิ้นสุดการฝึกอบรมฯ

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ด้วยกลุ่มงาน.....โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ได้ดำเนินการ
จัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ สาขา.....ตามความแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอส่งรายชื่อแพทย์
ประจำบ้านที่ได้สิ้นสุดการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขา..... (หลักสูตร ๔ ปี)
ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปีการฝึกอบรม จำนวน.....คน คือ

๑. ชื่อ - สกุล..... ต้นสังกัด โรงพยาบาล.....
๒. ชื่อ - สกุล..... ต้นสังกัด โรงพยาบาล.....
๓. ชื่อ - สกุล..... ต้นสังกัด โรงพยาบาล.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
สาขา.....



เอกสารแนบ 5.12

ที่

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

.....(ระบุ วัน/ เดือน/ ปี)

เรื่อง ขอส่งข้าราชการที่สำเร็จการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน กลับต้นสังกัด

เรียน (ต้นสังกัด.....)

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายชื่อผู้สำเร็จการฝึกอบรมฯ

ตามที่หน่วยงานของท่านได้ส่งข้าราชการเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน
ของกรมการแพทย์ ที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภา ดังความแจ้งแล้ว นั้น

บัดนี้ ข้าราชการในหน่วยงานของท่านได้สำเร็จการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว ในวันที่.....
เรียบร้อยแล้ว ตามรายชื่อที่แนบ กรมการแพทย์ ขอส่งข้าราชการกลับต้นสังกัด ตั้งแต่วันที่..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

อธิบดีกรมการแพทย์

กองวิชาการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๖๐๕๕

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๖๖๕

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

[illegible]

6 การรับแพทย์ต่างประเทศ



6. การรับแพทย์ต่างประเทศ

6.1 การรับแพทย์ต่างประเทศเข้ามาฝึกอบรม

6.1.1 การขอวีซ่า ต่อวีซ่า ขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา

1) โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือขอวีซ่า ต่อวีซ่าขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา สำหรับแพทย์ต่างประเทศ ไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) (เอกสารแนบ 6.1 – 6.3)

2) กลุ่มงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กองวิชาการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนาม เพื่อเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์

3) ในกรณีขอวีซ่าครั้งแรก กรมการแพทย์จะส่งไปยังกระทรวงการต่างประเทศ โดยแนบเอกสาร ดังนี้

- หนังสือรับรองการขอวีซ่า
- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)
- หนังสือตอบรับทุน

4) ในกรณีขอต่อวีซ่า กรมการแพทย์ส่งหนังสืออำนวยการความสะดวกแจ้งกลับโรงพยาบาล/ สถาบัน เพื่อให้แพทย์นำหนังสือไปส่งที่กรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ โดยมีเอกสารแนบ ดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)
- หนังสือชี้แจงการขอต่อวีซ่า โดยให้แจ้งการหมดอายุของวีซ่า

5) ในกรณีขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา กรมการแพทย์ ส่งหนังสือแจ้งไปยังสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

6.1.2 การแจ้งเปลี่ยนแปลงที่พำนักในราชอาณาจักร (เอกสารแนบ 6.4)

1) โรงพยาบาล/ สถาบัน ทำหนังสือแจ้งเปลี่ยนแปลงที่พำนักในราชอาณาจักร สำหรับแพทย์ต่างประเทศไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) โดยแนบหนังสือแจ้งการพำนักในราชอาณาจักรในประเทศจากโรงพยาบาล/ สถาบัน

2) กลุ่มงานความร่วมมือระหว่างประเทศ กองวิชาการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนามเพื่อเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์

3) กรมการแพทย์ส่งหนังสืออำนวยการความสะดวกแจ้งกลับโรงพยาบาล/ สถาบัน เพื่อให้แพทย์นำหนังสือไปส่งที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

6.1.3 การรับแพทย์วิเทศ

1) การขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์วิเทศ

- โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือแจ้งการขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์วิเทศไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) (เอกสารแนบ 6.5)

- กลุ่มงานพัฒนาระบบถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ จัดทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนาม เพื่อเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์

- กรมการแพทย์ทำหนังสือแจ้งราชวิทยาลัย เพื่อพิจารณาและตรวจประเมินสถาบันฝึกอบรมแพทย์วิเทศ

- ราชวิทยาลัยแจ้งไปยังคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ เพื่อดำเนินการตรวจประเมินสถาบันและทำรายงานการตรวจสถาบัน รวมทั้งศักยภาพ/ จำนวนแพทย์วิเทศที่อนุมัติให้เปิดฝึกอบรม

- คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ จัดทำรายงานการตรวจสอบสถาบัน รวมทั้งศักยภาพ/ จำนวนแพทย์วิเทศที่อนุมัติให้เปิดฝึกอบรม แจ้งมายังราชวิทยาลัย (โดยพิจารณาศักยภาพ จากศักยภาพรวมแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับของแต่ละสถาบัน โดยไม่เกินร้อยละ 10 ของศักยภาพดังกล่าว หรืออย่างน้อย 1 คน)

- ราชวิทยาลัย เสนอรายงานการตรวจประเมินสถาบัน รวมทั้งศักยภาพ/ จำนวนแพทย์วิเทศที่อนุมัติให้เปิดฝึกอบรมไปยังแพทยสภา

- แพทยสภาแจ้งผลการพิจารณาการขอเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ วิเทศและจำนวนที่อนุมัติไปยังโรงพยาบาล/ สถาบัน

หมายเหตุ เอกสารแนบ เป็นไปตามที่แพทยสภากำหนด

2) การขออนุมัติจำนวนแพทย์วิเทศที่จะขอรับประจำปีการฝึกอบรม

- โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือแจ้งการขออนุมัติจำนวนแพทย์วิเทศ ที่จะขอรับประจำปีการฝึกอบรมไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) (เอกสารแนบ 6.6)

- กลุ่มงานพัฒนาระบบถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนามเพื่อเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์

- กรมการแพทย์ จัดทำหนังสือแจ้งราชวิทยาลัย เพื่อพิจารณาและตรวจสอบ ศักยภาพของสถาบันฝึกอบรม

- คณะอนุกรรมการฝึกอบรมตรวจสอบศักยภาพกับจำนวนแพทย์วิเทศ ที่จะสามารถรับได้ของสถาบันฝึกอบรม

- ราชวิทยาลัยสรุปและเสนอรายงานจำนวนที่จะขอรับแพทย์วิเทศของสถาบัน ต่าง ๆ ในสาขาและอนุสาขาไปยังแพทยสภา

- แพทยสภาจัดทำข้อมูลสำหรับทำตารางแสดงจำนวนแพทย์วิเทศที่แต่ละ สถาบันฝึกอบรมจะสามารถรับสมัครแพทย์วิเทศได้ในแต่ละสาขาและอนุสาขา

3) การรับสมัครและการคัดเลือกแพทย์วิเทศเข้ารับการฝึกอบรม

- แพทย์วิเทศยื่นความจำนงค์ต่อโรงพยาบาล/ สถาบัน ที่ประสงค์จะเปิดรับ แพทย์วิเทศ เพื่อสมัครเข้ารับการคัดเลือก

- โรงพยาบาล/ สถาบัน พิจารณาคุณสมบัติ ตามข้อ 5 แห่งข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการออกวุฒิบัตรวิเทศ พ.ศ. 2560 และเงื่อนไขเฉพาะของโรงพยาบาล/ สถาบัน และดำเนินการคัดเลือก รวมทั้งการประเมินความรู้ ความสามารถในวิชาชีพเวชกรรม ความรู้ภาษาไทย และตรวจสอบรับรองสถาบันการศึกษาที่แพทย์สำเร็จการศึกษา

- โรงพยาบาล/ สถาบัน จัดทำหนังสือแจ้งรายชื่อแพทย์ที่ได้รับการคัดเลือก พร้อมส่งหลักฐานไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) (เอกสารแนบ 6.7)

- กลุ่มงานพัฒนาระบบถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ จัดทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนามเพื่อเสนอผู้บริหารกรมการแพทย์

- กรมการแพทย์จัดทำหนังสือแจ้งราชวิทยาลัยเพื่อตรวจสอบหลักฐาน คุณสมบัติ และราชวิทยาลัยทำหนังสือส่งรายชื่อแพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกพร้อมหลักฐานต่าง ๆ ไปยังแพทยสภา พร้อมบันทึกข้อมูลในระบบ

- คณะกรรมการแพทยสภาพิจารณาอนุมัติเข้ารอบที่ประชุมของแพทยสภา ทุกวันพุธที่ 1 ของทุกเดือน และวันพฤหัสบดีที่ 2 ของทุกเดือนจะเข้ารอบพิจารณาและส่งกลับราชวิทยาลัย และกรมการแพทย์

4) เอกสารที่ใช้ประกอบการรับแพทย์วิเทศ มีดังนี้

- สำเนาปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตหรือปริญญาอื่นหรือประกาศนียบัตรอื่นในวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเทียบเท่าปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตที่แพทยสภารับรอง
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศที่สำเร็จการศึกษา และได้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศนั้น หรือประเทศอื่นที่แพทยสภารับรอง รวมกันมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี และสิทธิการประกอบวิชาชีพยังมีผลใช้ได้จนถึงวันเริ่มฝึกอบรม
- แสดงหลักฐานรับรองการดำรงจริยธรรม (certificate of good standing) จากหน่วยงานที่ออกใบอนุญาต มีอายุไม่เกิน 6 เดือนนับถึงวันที่สมัคร
- หนังสือรับรองการทำการประกันความเสียหายจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ที่ทำไว้กับบริษัทประกันภัยที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายประเทศไทย ในวงเงินไม่น้อยกว่า 100,000 บาท
- หนังสือรับรองสุขภาพและหลักฐานการประกันสุขภาพ
- หนังสือรับรองว่าผ่านการประเมินความรู้ความสามารถในวิชาชีพเวชกรรม
- หนังสือรับรองว่าผ่านการประเมินความรู้ภาษาไทย
- หลักฐานการได้รับอนุมัติให้เข้าฝึกอบรมจากผู้บังคับบัญชาสูงสุดของสถาบันนั้น
- ค่าธรรมเนียมการฝึกอบรม ยกเว้นกรณีร้องขอการสนับสนุนจากรัฐบาลของประเทศต้นทางหรือรัฐบาลไทย

หมายเหตุ เมื่อแพทยสภาแจ้งผลการรับแพทย์วิเทศแล้ว โรงพยาบาล/ สถาบัน ต้องทำหนังสือแจ้งไปยังแพทยสภาเพื่อชำระค่าธรรมเนียมการขอใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวให้แก่แพทย์วิเทศ ในกรณีแพทย์วิเทศที่ได้ทุน Government 2 Government (G2G) ให้โรงพยาบาล/ สถาบัน ทำหนังสือแจ้งการเรียกเก็บชำระค่าธรรมเนียมการขอใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวของแพทย์ G2G ไปยังกรมการแพทย์ เพื่อแจ้งกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ (เฉพาะสาขา)

6.2 การรับแพทย์/ ที่ปรึกษา/ ผู้เชี่ยวชาญ ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ และประสงค์เข้ามาทำหัตถการหรือให้ความรู้แก่แพทย์ในประเทศ

1) โรงพยาบาล/ สถาบัน ทำหนังสือขอใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวไปยังกรมการแพทย์ โดยเรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์) ทั้งนี้ ขอให้ โรงพยาบาล/ สถาบัน ทำหนังสือแจ้งไปยังกรมการแพทย์ไม่น้อยกว่า 2 - 3 เดือน (เอกสารแนบ 6.8) เพื่อให้ทันต่อรอบการพิจารณาของแพทยสภา และก่อนการเข้ามาทำหัตถการ

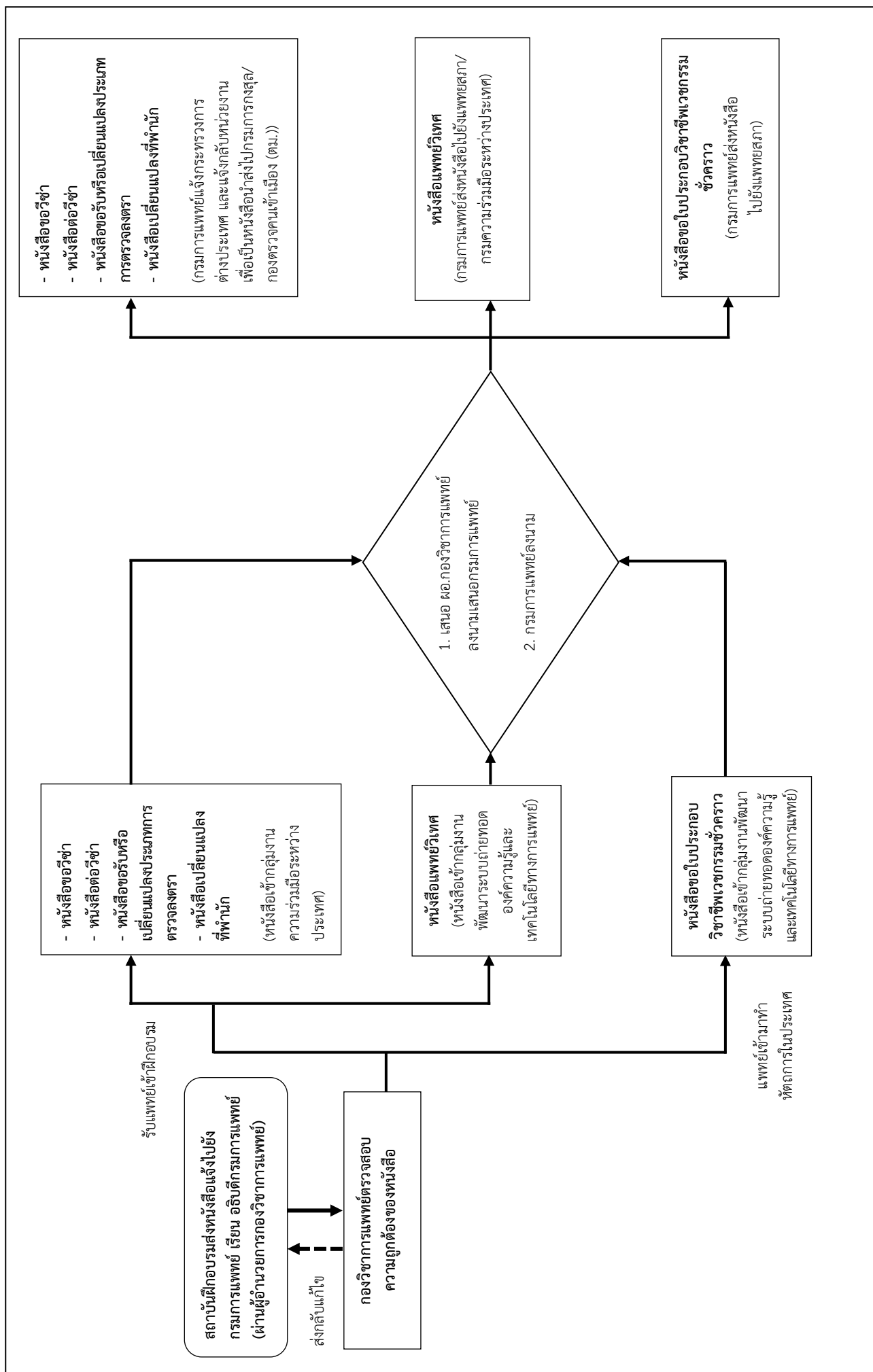
2) กลุ่มงานพัฒนาระบบถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กองวิชาการแพทย์ ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์ลงนาม เสนอผู้บริหารกรมการแพทย์ แจ้งไปแพทยสภา

3) แพทยสภาพิจารณาการออกใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราว โดยวันพฤหัสบดีแรกของทุกเดือน เข้ารอบประชุมคณะกรรมการบริหารของแพทยสภา และในวันพฤหัสบดีที่ 2 ของทุกเดือน เข้ารอบประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราว และแจ้งผลไปยังกรมการแพทย์ เพื่อแจ้งโรงพยาบาล/ สถาบัน

4) เอกสารที่ใช้ ประกอบด้วย

- รายละเอียดโครงการ
- รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 1 ปี)
- สำเนาแสดงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ยังไม่หมดอายุจากต่างประเทศ
- ประวัติการศึกษา/ การทำงาน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)

การรับแพทย์ต่างประเทศ





บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขออนุญาตความสะดวกในการตรวจลงตรา (Visa) ให้แก่แพทย์ประเทศ.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้อนุมัติให้เข้ามารับการ
ฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....เป็นระยะเวลา.....ปี ตั้งแต่วันที่.....
ถึง.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....โดยใช้งบประมาณของ.....นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....จึงขอความอนุเคราะห์
จากกระทรวงการต่างประเทศ ประสานสถานกงสุลกิตติมศักดิ์ ณ.....เกี่ยวกับการตรวจ
ลงตรา (Visa) ให้แก่แพทย์รายดังกล่าว (หมายเลขหนังสือเดินทาง.....) เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตร
แพทย์ประจำบ้านสาขาดังกล่าวข้างต้นในราชอาณาจักรไทยตามความเหมาะสมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งกระทรวงการต่างประเทศต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../.....

วันที่

เรื่อง ขอต่อย้ายวิชาในราชอาณาจักรไทยให้แก่แพทย์ประเทศ.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้รับ.....แพทย์จากประเทศ.....

เข้ามารับการฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....เป็นระยะเวลา.....ปี ตั้งแต่วันที่.....

ถึง.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ในการนี้ เนื่องจากวิชาของ.....จะครบกำหนดในวันที่.....

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขอความอนุเคราะห์จากกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ

พิจารณาต่ออายุวิชาให้.....พำนักอยู่ในราชอาณาจักรไทยต่อไป ตั้งแต่วันที่.....

เพื่อให้การฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าวข้างต้นเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศด้วย

จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขออนุญาตขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา (Visa) ให้แก่แพทย์ประเทศ.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วยโรงพยาบาล/ สถาบัน..... ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ มีสถานที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ได้รับ.....แพทย์จากประเทศ.....เข้ามารับการฝึกอบรมในหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน สาขา.....เป็นระยะเวลา.....ปี ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน..... จึงขออนุญาตจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองพิจารณาเกี่ยวกับการขอรับหรือเปลี่ยนแปลงประเภทการตรวจลงตรา ให้แก่.....จากประเภทการท่องเที่ยวเป็นวีซ่านักเรียน เพื่อให้แพทย์รายดังกล่าวพำนักอยู่ในราชอาณาจักรไทยต่อไปได้จนเสร็จสิ้นการฝึกอบรม ในวันที่..... ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../.....

วันที่

เรื่อง ขอแจ้งเปลี่ยนแปลงที่พำนักรักษา

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่โรงพยาบาล/ สถาบัน ได้รับ.....แพทย์ประจำบ้านวิเทศ
เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรวิเทศ แสดงความรู้ ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขา
ประจำปีการฝึกอบรม.....หลักสูตร.....ปี.....
ระหว่างวันที่.....ถึง.....โรงพยาบาล/ สถาบัน.....นั้น

ในการนี้โรงพยาบาล/ สถาบัน ขอแจ้งให้ทราบว่าแพทย์.....แพทย์ประจำบ้าน
วิเทศมีความประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงที่พำนักรักษา จากเดิม.....เป็น.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ หนังสือแจ้งการพำนักรักษาในราชอาณาจักรในประเทศ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขอแจ้งการขอเปิดสถาบันฝึกอบรมแพทย์วิเทศ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วย โรงพยาบาล/ สถาบัน.....มีความประสงค์ขอเปิดเป็นสถาบันการฝึกอบรม
เพื่อวุฒิบัตรวิเทศ สาขา/ อนุสาขา.....ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม.....เป็นต้นไป

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....จึงขอแจ้งการขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรม
แพทย์วิเทศ ของโรงพยาบาล/ สถาบัน.....ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../.....

วันที่

เรื่อง ขอแจ้งจำนวนแพทย์วิเทศที่จะเข้ารับการฝึกอบรมสาขา/ อนุสาขา.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่แพทยสภานุมัติให้โรงพยาบาล/ สถาบัน.....เป็นสถาบันฝึกอบรม
เพื่อวุฒิบัตรแพทย์วิเทศ สาขา/ อนุสาขา..... ตั้งแต่ปีการฝึกอบรม.....เป็นต้นมา
และมีศักยภาพรับแพทย์วิเทศได้ปีละไม่เกิน.....ตำแหน่ง นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ขอแจ้งจำนวนแพทย์วิเทศที่จะเข้ารับการ
ฝึกอบรมสาขา/ อนุสาขา.....ปีการฝึกอบรม.....จำนวน.....ตำแหน่ง รายละเอียด
ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../.....

วันที่

เรื่อง ขอแจ้งผลการคัดเลือกแพทย์วิเทศที่จะเข้าฝึกอบรม สาขา/ อนุสาขา.....

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ตามที่แพทยสภาได้ประกาศรับสมัครแพทย์วิเทศ ประจำปีการฝึกอบรม.....
โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้รับอนุมัติให้เป็นสถาบันฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรวิเทศ สาขา/ อนุสาขา..... นั้น

ในการนี้โรงพยาบาล/ สถาบัน.....ได้รับอนุมัติแพทย์วิเทศ สาขา/ อนุสาขา.....
จำนวน.....ตำแหน่ง มีผู้ผ่านการคัดเลือกมีสิทธิเข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

๑. ชื่อ – สกุล.....จากประเทศ.....ทุนรัฐบาล/ อิสระ
๒. ชื่อ – สกุล.....จากประเทศ.....ทุนรัฐบาล/ อิสระ

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการแจ้งราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....



บันทึกข้อความ

เอกสารแนบ 6.8

ส่วนราชการ xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx กรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ สธ...../.....

วันที่

เรื่อง ขอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์)

ด้วย โรงพยาบาล/ สถาบัน.....มีความประสงค์ขอเชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

รายนามจาก..... เพื่อ.....ในวันที่

เวลา..... ณ

โรงพยาบาล/ สถาบัน.....จึงขอส่งเอกสารของ.....

เพื่อขอบใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมชั่วคราวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างประเทศ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ สถาบัน.....

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- รายละเอียดโครงการ
- รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๒ นิ้ว จำนวน ๒ รูป (ถ่ายไม่เกิน ๑ ปี)
- สำเนาแสดงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ยังไม่หมดอายุจากต่างประเทศ
- ประวัติการศึกษา/ การทำงาน
- สำเนาหนังสือเดินทาง (passport)

ภาคผนวก 1

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์
(ข้อมูล ณ วันที่ 16 กันยายน 2562)

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (หลักสูตรแพทยสภารับรอง)

สถาบัน/โรงพยาบาล	สาขาที่เปิดฝึกอบรม
โรงพยาบาลราชวิถี	
เปิดฝึกอบรม 24 สาขา	สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง (5 ปี/ 3 ปี)
	สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก (5 ปี/ 2 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา (4 ปี/ 2 ปี)
	สาขาศัลยศาสตร์ (4 ปี)
	สาขาออร์โธปิดิกส์ (4 ปี)
	สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (4 ปี)
	สาขาประสาทวิทยา (3 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์ (3 ปี)
	สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา (3 ปี)
	สาขาวิสัญญีวิทยา (3 ปี)
	สาขาจักษุวิทยา (3 ปี)
	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (3 ปี)
	สาขาสุนัขศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (3 ปี)
	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (3 ปี)
หลักสูตรต่อยอด (อนุสาขา)	
	สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ (2 ปี)
	สาขามะเร็งนรีเวชวิทยา (2 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม (2 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร (2 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์โรคไต (2 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซึม (2 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ (2 ปี)
	สาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (2 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบหายใจและภาวะวิกฤติระบบการหายใจ (2 ปี)
	สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (2 ปี)

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (หลักสูตรแพทยสภารับรอง) (ต่อ)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	
เปิดฝึกอบรม 14 สาขา	สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก (5 ปี/ 2 ปี) สาขากุมารศัลยศาสตร์ (4 ปี) สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น/ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (4 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์ (3 ปี)
หลักสูตรต่อยอด (อนุสาขา)	สาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก (2 ปี)
	สาขากุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและโรคตับ (2 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา (2 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน (2 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา (2 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ (2 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ (2 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด (2 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม (2 ปี) สาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ (2 ปี)
สถาบันพยาธิวิทยา	
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค (3 ปี)
สถาบันโรคผิวหนัง	
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาทจวิทยา (4 ปี)
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาจักษุวิทยา (3 ปี)
สถาบันโรคทรวงอก	
เปิดฝึกอบรม 2 สาขา	สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก (5 ปี/ 2 ปี)
หลักสูตรต่อยอด (อนุสาขา)	สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ (2 ปี)
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	
หลักสูตรต่อยอด (อนุสาขา)	สาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา (2 ปี)
เปิดฝึกอบรม 2 สาขา	สาขามะเร็งวิทยานรีเวช (2 ปี)
สถาบันประสาทวิทยา	
เปิดฝึกอบรม 2 สาขา	สาขาประสาทศัลยศาสตร์ (5 ปี) สาขาประสาทวิทยา (3 ปี)

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (หลักสูตรแพทยสภารับรอง) (ต่อ)

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	
เปิดฝึกอบรม 3 สาขา	สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์) (3 ปี)
	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (3 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์ / โรงพยาบาลราชวิถี (3 ปี)
โรงพยาบาลเลิดสิน	
เปิดฝึกอบรม 6 สาขา	สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง (5 ปี/ 3 ปี)
	สาขาศัลยศาสตร์ (4 ปี)
	สาขาออร์โธปิดิกส์ (4 ปี)
	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (3 ปี)
	สาขาอายุรศาสตร์ (3 ปี)
	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (3 ปี)
สถาบันทันตกรรม	
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาทันตกรรมทั่วไป (3 ปี)
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ (ร่วมกับโรงพยาบาลราชวิถี)	
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู (3 ปี)

**หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์
(หลักสูตรราชวิทยาลัย/ สมาคม/ หน่วยงานรับรอง)**

โรงพยาบาลราชวิถี	
เปิดฝึกอบรม 15 สาขา	สาขาผ่าตัดทางกล้องทางนรีเวช (1 ปี)
	สาขาผ่าตัดส่องกล้องศัลยกรรมทั่วไป (2 ปี) (Clinical Fellowship Training Program in Minimally Invasive Surgery)
	สาขาศัลยกรรมหัวใจชั้นสูง (1 ปี) (Program in Advanced Cardiac Surgery Clinical Fellowship Training)
	สาขามะเร็งศีรษะและลำคอ (1 ปี)
	สาขาศัลยกรรมตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี (1 ปี) (Clinical Fellowship Training in Hepatopancreatobiliary Surgery)
	สาขา Arthroplasty (1 ปี)
	สาขา Spine (1 ปี)
	สาขา Sports Medicine (1 ปี)
	สาขาจักษุวิทยาโรคจอประสาทตาและวุ้นตา (1 ปี) (Fellowship Training in Retina and Vitreous)
	สาขาจักษุวิทยาโรคต้อหิน (1 ปี) (Fellowship Training Program in Glaucoma)
	สาขากระจกตาและการผ่าตัดแก้ไขสายตาสั้นผิดปกติ (1 ปี)
	สาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด (1 ปี)
	สาขาโสตวิทยาและโสตประสาทวิทยา (1 ปี)
	สาขาด้านการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ (1 ปี)
	สาขามะเร็งศีรษะและลำคอ (1 ปี) หลักสูตรภาษาอังกฤษ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาจักษุวิทยาเด็กและตาเข (1 ปี)
สถาบันโรคผิวหนัง	
เปิดฝึกอบรม 3 สาขา	สาขาดังกล่าว (ปฏิบัติการ) (2 ปี)
	สาขาแพทย์คลินิกตจศัลยกรรม (1 ปี) (Clinical fellow in dermatosurgery)
	สาขาประกาศนียบัตรชั้นสูงทางตจวิทยา (1 ปี) (Diploma Course in Dermatology and Dermatosurgery) (รุ่น35 DCDD)
สถาบันประสาทวิทยา	
เปิดฝึกอบรม 2 สาขา	สาขาประสาทวิทยาโรคหลอดเลือดสมองและการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (2 ปี)
	สาขาประสาทวิทยาโรคลมชัก (2 ปี)

**หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์
(หลักสูตรราชวิทยาลัย/ สมาคม/ หน่วยงานรับรอง) (ต่อ)**

สถาบันโรคทรวอก	
เปิดฝึกอบรม 2 สาขา	สาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด (1 ปี)
	สาขาสรีระไฟฟ้าหัวใจ (1 ปี)
อยู่ระหว่างดำเนินการ 2 สาขา	สาขาอายุรศาสตร์ความผิดปกติของการหายใจขณะหลับ (1 ปี) (อยู่ระหว่างดำเนินการขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรม)
	สาขาอายุรศาสตร์การนอนหลับ (2 ปี) (อยู่ระหว่างดำเนินการขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรม)
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)	
เปิดฝึกอบรม 4 สาขา	สาขาศัลยกรรมตกแต่งและเสริมสร้างดวงตาและรอบดวงตา (2 ปี) (Mettapracharak Fellowship In Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery)
	สาขาจักษุวิทยาโรคจอประสาทตาและวุ้นตา (2 ปี) (Fellowship Training in Retina and Vitreous)
	สาขาจักษุวิทยาโรคต้อหิน (1 ปี) (Fellowship Training Program in Glaucoma)
	สาขาจอตาและวุ้นตา (แพทย์ต่างประเทศระยะสั้น)
โรงพยาบาลเลิดสิน	
เปิดฝึกอบรม 7 สาขา	สาขา Adult reconstruction and Arthroplasty (1 ปี)
	สาขา Spine (1 ปี)
	สาขา Sports Medicine (1 ปี)
	สาขา Tumor (1 ปี)
	สาขา Hand & Microsurgery (1 ปี)
	สาขา Trauma (1 ปี)
	สาขา Pediatric (1 ปี)
สถาบันทันตกรรม	
เปิดฝึกอบรม 4 สาขา	สาขาทันตกรรมทั่วไป (1 ปี)
	สาขาวิทยาเอ็นโดดอนต์ (1 ปี)
	สาขาปริทันตวิทยา (1 ปี)
	สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ (1 ปี)

ภาคผนวก 2

ตัวอย่างเอกสารประกอบการสมัครแพทย์ประจำบ้าน



CHIANG MAI UNIVERSITY, CHIANG MAI, THAILAND.

OFFICIAL TRANSCRIPT

CMR 91

NAME _____ DATE ADMITTED _____
STUDENT CODE _____ DATE OF BIRTH _____ FACULTY _____
DEGREE **DOCTOR OF MEDICINE** DATE GRANTED **February 20, 2012**

2006 - 1st Semester				2009 - Academic Year (Continue)			
001-107	FOUNDATION ENGLISH	6	A	331-408	RADIOLOGY	3	C+
050-106	HUMANISTIC ARTS	3	S	331-412	SURGERY II	5	B
159-101	FUN IN SOCIO AND ANTHRO	3	C+	331-413	COMMUNITY HEALTH	3	B+
206-171	GENERAL MATHEMATICS I	3	A	490710142	47 47 43 2.76		
207-143	PHYS FOR MED STUDENTS	3	C+	2010 - Academic Year			
207-153	PHYS LAB MED STUDENTS	1	B	310-593	BASIC CARDIAC & THORA SURG	2	S
490710142	19 19 16 3.38			310-594	PLASTIC & RECONSTRU SURG	2	S
2006 - 2nd Semester				331-501	MEDICINE II	6	C+
001-203	ENGL FOR ACAD PURPOSE	3	B	331-502	SURGERY III	6	C
001-204	ENGL FOR HEALTH SCIENCE	3	A	331-503	OB & GYN II	4	B
202-183	BIOL HEALTH SCI STUDENT	4	C+	331-504	PEDIATRICS II	4	C
203-153	CHEM FOR HEA SCI	3	B	331-505	FAM & COM MED II	4	B
203-159	CHEM LAB HEA SCI	1	B+	331-506	PSYCHIATRY II	2	C+
329-101	MED PROFESS DEVELOP I	3	C+	331-507	ORTHOPEDICS	4	B+
490710142	17 17 17 3.00			331-508	ACCIDENT & EMER MED	3	C+
2007 - Academic Year				331-509	OPHTHALMOLOGY	3	B
329-201	MED PROFESS DEVELOP II	3	C+	331-510	OTOLARYNGOLOGY	3	B+
329-202	MED PROFESS DEVELOP III	2	C+	331-511	ANESTHESIOLOGY	3	B
330-201	BASIC MEDICAL SCIENCES I	5	B+	331-512	FORENSIC MEDICINE	2	A
330-202	BASIC MEDICAL SCIENCES II	7	B+	490710142	48 48 44 2.77		
330-203	INTEGU MENTARY SYSTEM	2	B	2011 - Academic Year			
330-204	LOCOMOTIVE SYSTEM	4	B	331-601	EXP LEA SEL 5	2	S
330-205	CARDIOVASCULA SYSTEM	5	B	331-602	EXP LEA SEL 6	2	S
330-206	RESPIRATORY SYSTEM	4	C+	332-601	CLERKSHIP IN MEDICINE	8	C+
330-207	GASTRO & NUTRI SYS	4	B	332-602	CLERKSHIP IN SURGERY	8	B+
490710142	36 36 36 3.04			332-603	CLERKSHIP IN OB & GYN	8	C
2008 - Academic Year				332-604	CLERKSHIP IN PED	8	C
311-392	BASIC IMMU & IMMU	2	S	332-605	FAM & COM MED III	4	B
320-393	APPLIED CLINIC PHAR I	2	S	332-607	CLERKSHIP IN ORTHOPEDICS	4	C
329-301	MED PROFESS DEVELOP IV	3	B+	332-608	CLERKSHIP ACCI & EMER MED	4	C
329-302	MED PROFESS DEVELOP V	2	C	490710142	48 48 44 2.45		
330-301	HEMATO & LYMP SYS	4	C+	= END OF RECORD =			
330-302	URINARY SYSTEM	5	C+	TOTAL CREDITS EARNED = 255			
330-303	ENDOCRINE SYSTEM	4	C+	GRADE POINT AVERAGE = 2.79			
330-304	REPRODUCTIVE SYSTEM	5	B				
330-305	NERVOUS SYSTEM I	4	C+				
330-306	NERVOUS SYSTEM II	3	B				
331-301	INTRO TO CLINIC MED	6	C+				
490710142	40 40 36 2.67						
2009 - Academic Year							
310-491	GENERAL SURGERY	2	S				
310-493	HEPATO-PANCRE SURG I	2	S				
331-401	MEDICINE I	10	B				
331-402	SURGERY I	5	B				
331-403	OBG & GYN I	5	C+				
331-404	PEDIATRICS I	4	C				
331-405	FAM & COM MED I	5	C				
331-406	PSYCHIATRY I	2	B				
331-407	REHABILITATION	1	A				

REGISTRAR

November 20, 2014

OFFICIAL TRANSCRIPT IS NOT VALID WITHOUT SEAL AND ORIGINAL SIGNATURE

Warning: Forgery is punishable by law and the criminal code.

ประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการแพทย์เพิ่มพูนทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา



เลขที่/.....

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้ผ่านการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา

ระหว่างวันที่ -

มีเกียรติและสิทธิแห่งประกาศนียบัตรนี้ทุกประการ

ให้ไว้ ณ วันที่

เลขาธิการแพทยสภา

นายกแพทยสภา



เลขที่..... (ใบแทน)

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....ชื่อ-สกุล.....

ได้ผ่านการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา
มีเกียรติและดีที่สุดในระดับประกาศนียบัตรนี้ทุกประการ

ให้ไว้ ณ วันที่.....

ในแพทยประกาศนียบัตรนี้ออกให้ ณ วันที่.....

เลขาธิการแพทยสภา

นายแพทย์สภา



ที่

ที่อยู่หน่วยงาน.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่าชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ
สังกัด ได้มาฝึกปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะโรงพยาบาล
ระหว่างวันที่ - วันที่ ขณะนี้กำลังปฏิบัติงาน
เพิ่มพูนทักษะ ณ กลุ่มงาน..... โรงพยาบาล..... จริง และคาดว่าจะสำเร็จโครงการ
เพิ่มพูนทักษะ ในวันที่ รวมระยะเวลาฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะเป็นเวลา ๑ ปี

ให้ไว้ ณ วันที่

(.....)

ลงนามผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน

หน่วยงาน

โทร.

โทรสาร



แพทยสภา The Medical Council

ชั้น 7 อาคาร 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000
7th Floor, Office of the Permanent Secretary, The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Nonthaburi 11000, Thailand.
Tel: (0)2590-1880-1, (0) 2590-1883, (0) 2590-1886-8, (0) 2590-1894, (0) 2591-8614 Fax: (0) 2591-8614-5
Website : www.tmc.or.th E-Mail : tmc@tmc.or.th, tmc@health.moph.go.th

พส 012/

วัน..... เดือน พ.ศ.

เรื่อง รับรองการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

เรียน ผู้เกี่ยวข้อง

ขอรับรองว่า แพทย์หญิง/นายแพทย์..... ได้ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ
ที่โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ตั้งแต่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ถึง วัน..... เดือน พ.ศ. ครบตามเกณฑ์ของแพทยสภาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จดหมายรับรองฉบับนี้ ออกตามประกาศนียบัตร เลขที่/.....
วันที่ เดือน..... พ.ศ. ซึ่งได้รับการรับรองโดยแพทยสภาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

เลขาธิการแพทยสภา



แพทยสภา The Medical Council

ชั้น 7 อาคาร 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000
7th Floor, Office of the Permanent Secretary, The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Nonthaburi 11000, Thailand.
Tel: (0)2590-1880-1, (0) 2590-1883, (0) 2590-1886-8, (0) 2590-1894, (0) 2591-8614 Fax: (0) 2591-8614-5
Website : www.tmc.or.th E-Mail : tmc@tmc.or.th, tmc@health.moph.go.th

ที่ พส.

วันที่.....

หนังสือรับรองวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

.....

ขอรับรองว่า แพทย์หญิง/นายแพทย์

ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ใบอนุญาตเลขที่

ออกให้ ณ วันที่ สอบได้วุฒิบัตรเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ
เวชกรรม สาขา..... โดยการอนุมัติของคณะกรรมการแพทยสภา ตั้งแต่วันที่

(.....)

เลขาธิการแพทยสภา

หมายเหตุ.-

๑. หนังสือรับรองนี้จะต้องประทับตราคุณแพทยสภาบนลายเซ็นของเลขาธิการแพทยสภาจึงจะสมบูรณ์
๒. หนังสือรับรองนี้ใช้ได้ในกำหนดระยะเวลา ๖ เดือน นับจากวันที่ออก



วุฒิบัตร

แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๔

แพทยสภา

ขอออกวุฒิบัตรให้แก่

.....ชื่อ-สกุล.....

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาตที่ ลงวันที่
เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

สาขา.....

มีเกียรติ ศักดิ์ และสิทธิแห่งวุฒิบัตรภายใต้กฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภาทุกประการ

ออกได้ ณ วันที่

นายกแพทยสภา

ตราหน่วยงาน

ที่อยู่หน่วยงาน.....
.....
.....

ที่ ศธ
.....

วันที่

เรื่อง รับรองสถานภาพแพทย์ประจำบ้าน

เรียน ผู้เกี่ยวข้อง

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่าชื่อ-สกุล..... ปัจจุบันเป็นแพทย์ประจำบ้าน
สาขา..... ระดับปีที่ ฝึกอบรม ณ
..... ตั้งแต่วันที่ จนถึงปัจจุบัน โดยหลักสูตรดังกล่าว เริ่มฝึกอบรมตั้งแต่
วันที่ ถึงวันที่

ให้ไว้ ณ วันที่

(.....)

ลงนามผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน



ที่ จบ

ที่อยู่หน่วยงาน.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่าชื่อ-สกุล..... ได้ปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุน
ประจำกลุ่มงาน โรงพยาบาล..... โดยผ่านการปฏิบัติงานและฝึกอบรม ในชั้นปีที่ ชั้นปีที่
ชั้นปีที่ และปัจจุบันปฏิบัติงานเป็นแพทย์ใช้ทุนชั้นปีที่ ของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาล.....
โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น เดือน

ให้ไว้ ณ วันที่

(.....)

ลงนามผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน



หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย/นาง/นางสาว..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ ๐๐๐๐๐ เป็นผู้มีความสมบัตินในการเข้ารับการฝึกอบรม
แพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ของแพทยสภา ในสาขา.....
โดยมีโรงพยาบาล.....เป็นต้นสังกัดส่งเข้ารับการฝึกอบรมและขอรับรองว่า
นาย/นาง/นางสาว..... จะดำเนินการทำสัญญาการศึกษาต่อ กับโรงพยาบาล.....
เมื่อได้รับการคัดเลือก ให้เข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ กันยายน พ.ศ.

(.....)

ลงนามผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน

ใบอนุญาติ



อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพแพทยการ พ.ศ. ๒๕๒๕

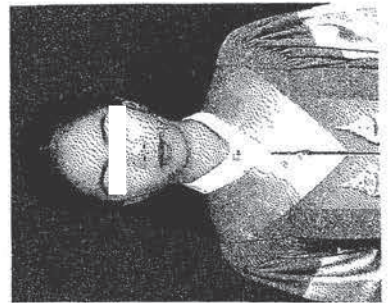
แพทยสภา

ขอทำใบอนุญาติแพ

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี

ซึ่งได้ขอมอบเป็นแพทย์ประจำวิชาชีพแพทยการแล้ว เสนอสิทธิประกอบวิชาชีพแพทยการรวม
ภายใต้บทบังคับแห่งกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา

ขอทำ ณ วันที่



นายแพทย์สภา

เลขที่การแพทยสภา

จดหมายแจ้งผู้สมัครขาดเอกสาร

เรียน ผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการอบรม

ตามที่ท่านได้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการอบรม นั้นมหาวิทยาลัย
..... ได้ตรวจสอบใบสมัครของท่านแล้วปรากฏว่าท่านยังขาดเอกสารดังต่อไปนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- ใบรับรองต้นสังกัด
- สำเนาใบประเมินผลการศึกษา
- สำเนาใบเพิ่มพูนทักษะ / กำลังอยู่ในระหว่างเพิ่มพูนทักษะ
- สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม
- สำเนาใบวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติ/หนังสือรับรองกำลังศึกษาแพทย์ประจำบ้าน
ในปีสุดท้าย
- รูปถ่าย 2 นิ้ว
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล/ใบทะเบียนสมรส

จึงขอให้ท่านดำเนินการจัดส่งเอกสารดังกล่าวมายังมหาวิทยาลัย
ภายใน วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก 3

ตัวอย่างเอกสารเกี่ยวกับการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์
(ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors)



ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี เลขที่ ๒ ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ กรุงเทพฯ 10310

โทร. 0-2716-6141-3 โทรสาร 0-2716-6144

Website : <http://www.surgeons.or.th>

E-Mail : frst@surgeons.or.th

ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษา

ที่

อดีตประธานราชวิทยาลัยฯ (.....)

คณะกรรมการบริหาร วาระ

ประธานราชวิทยาลัยฯ

ผู้รั้งตำแหน่งประธาน

รองประธาน

เลขาธิการ

รองเลขาธิการ

ทนายฉีก

กรรมการกลาง

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ทั่วไป

ผู้แทนกลุ่มกุมารศัลยแพทย์

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ตกแต่ง

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ทรวงอก

ผู้แทนกลุ่มประสาทศัลยแพทย์

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ยูโรวิทยา

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และ
ทวารหนัก

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์หลอดเลือด

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์อุบัติเหตุ

ผู้แทนกลุ่มศัลยแพทย์มะเร็งวิทยา

ที่ปรึกษาผู้อำนวยการ

ผู้อำนวยการ

รองผู้อำนวยการ

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเพื่อรับการฝึกอบรม

เรียน ผู้อำนวยการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ATLS for Doctors

วันที่.....

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงพยาบาล..... จัด

อบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (Advanced Trauma Life Support for Doctors) วันที่..... ณ

..... สำหรับหลักสูตรดังกล่าวนี้มีจุดประสงค์

สำคัญ เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพของแพทย์ในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ ให้ได้ระดับ

มาตรฐานสากล

ในการนี้ ราชวิทยาลัยฯ ขอเชิญแพทย์ เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ

ค่าลงทะเบียน ท่านละ..... บาท (.....) (สำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขา

..... ราชวิทยาลัยฯ สนับสนุนคนละ..... บาท เหลือค่าลงทะเบียน..... บาท

(.....) โดยโอนเงินเข้าบัญชีชื่อ..... เลขที่บัญชี.....

ธนาคาร..... สาขา..... และกรุณาส่งสำเนาการโอนเงินมาที่ โทรสาร.....

ภายในวันที่..... ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าลงทะเบียน

ค่าที่พัก สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ทุกรายการ มีรายนามดังนี้

1.ชื่อ-สกุล..... สาขา.....

2.ชื่อ-สกุล..... สาขา.....

3.ชื่อ-สกุล..... สาขา.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอขอบคุณในความอนุเคราะห์ในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธานคณะกรรมการ RCST/ATLS Subcommittee

ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย



American College of Surgeons
ATLS® Student Course Schedule
 Rajavithi Hospital
 14 - 16 October, 2015
DAY 1

TIME	Duration (Mins)	SCHEDULE	FACULTY
0700-0730	30	REGISTRATION: ➤ Hand in Completed Pre-test Answer Sheets	
0730-0745	15	WELCOME	Course Director
07:45-08:05	20	INTRODUCTION TO ATLS® AND COURSE OVERVIEW	Course Director
08:05-08:20	15	INITIAL ASSESSMENT AND MANAGEMENT DEMONSTRATION	Instructor Role- Faculty Student Role - Faculty Nurse Assistant – Coordinator Patient Model– Faculty
08:20-09:10	50	INITIAL ASSESSMENT AND MANAGEMENT	Course Director
09:10-09:25	15	INITIAL ASSESSMENT AND MANAGEMENT DEMONSTRATION	Same Faculty as above Nurse Assistant- Coordinator
09:25-09:40	15	BREAK	
09:40-10:10	30	AIRWAY AND VENTILATORY MANAGEMENT	Faculty
10:10-10:50	40	SHOCK	Faculty
10:50-11:25	35	THORACIC TRAUMA	Faculty
11:25-12:00	35	ABDOMINAL AND PELVIC TRAUMA	Faculty
12:00-12:45	45	LUNCH	
12:45-14:25	50 mins each	Practical Skill Stations x 2 (50 mins each) ➤ Airway & Ventilatory Management ➤ Shock Assessment & Management ➤ X-Ray Identification: Thoracic ➤ Initial Assessment Practice	Faculty Faculty Faculty Faculty
14:25-14:55	20	INJURY TO BURN AND COLD	Faculty
14:55-15:15	20	BREAK	
15:15-16:55	50 mins each	Practical Skill Stations x 2 (50 mins each) ➤ Airway & Ventilatory Management ➤ Shock Assessment & Management ➤ X-Ray Identification: Thoracic ➤ Initial Assessment Practice	Faculty Faculty Faculty Faculty
16:55-17:15	20	Pre Test Group Discussion	Course Director
17:15-17:30	15	Day's Summary and Close	Course Director



American College of Surgeons
ATLS® Student Course Schedule
 Thailand
DAY 2

TIME	Duration (Mins)	ALLOCATION	FACULTY
07:30-08:00	30	Head Trauma Management	Faculty
08:00-08:30	30	Spine and Spinal Cord Assessment	Faculty
08:30-09:00	30	Musculo-Skeletal Trauma	Faculty
09:00-09:30	30	Secondary Survey Demonstration	Faculty Patient Model Faculty
09:30-09:45	15	Surgical Skills Practicum Discussion	Course Director
09:45-10:00	15	Break and Move to Surgical Skill Station	
10:00-11:45	105	Surgical Skills Practicum ➤ Chest Decompression ➤ Diagnostic Peritoneal Lavage ➤ Pericardiocentesis ➤ Cricoidthyroidotomy	1. Faculty 2. Faculty 3. Faculty 4. Faculty
11:45-12:30	45	Move Back to Lecture and Lunch	
12:30-12:55	25	Pediatric Trauma	Faculty
12:55-13:20	25	Trauma in the Elderly	Faculty
13:20-13:45	25	Trauma in Women	Faculty
13:45-15:05	40 mins each	Practical Skill Stations x 2 (40 mins each) ➤ Head Trauma Management ➤ X-Ray Identification: Spine ➤ Spinal Cord Injury & Assessment ➤ Musculo-Skeletal Trauma Assessment	Faculty Faculty Faculty Faculty
15:05-15:20		BREAK	
15:20-15:45	25	Appendix (Disaster Management or Austere)	Faculty
15:45-17:05	40 mins each	Practical Skill Stations x 2 (40 mins each) ➤ Head Trauma Management ➤ X-Ray Identification: Spine ➤ Spinal Cord Injury & Assessment ➤ Musculo-Skeletal Trauma Assessment	Faculty Faculty Faculty Faculty
17:05-17:35	20	Initial Assessment Discussion	Course Director
17:35-17:45	10	Day's Summary and Close	Course Director



American College of Surgeons
ATLS® Student Course Schedule
 Thailand
DAY 3

TIME	Duration (Mins)	ASSIGNMENT	ASSIGNMENT
07:30-08:45	75	Moulage Patient Models	Coordinator Team
08:00-08:45	45	Stabilisation and Transport	Instructor
08:45- 09:00	15	Allocate to Assignments	Coordinators
09:00-10:30	90	Groups A and B Initial Assessment Scenario Testing ☐ Patient 1 Instructor ☐ Patient 2 Instructor ☐ Patient 3 Instructor ☐ Patient 4 Instructor	Groups C and D Written MCQ Test (60 mins) Instructor Triage Scenario Discussion (30 mins) Instructor
10:30-10:45	15	BREAK	
10:45-11:00	15	Allocate to Assignments	Coordinators
11:00-12:30	90	Groups C and D Initial Assessment Scenario Testing ☐ Patient 1 Instructor ☐ Patient 2 Instructor ☐ Patient 3 Instructor ☐ Patient 4 Instructor	Groups A and B Written MCQ Test (60 mins) Instructor Triage Scenario Discussion (30 mins) Instructor
12:30-13:00	30	LUNCH	
13:00-13:30	30	• All Participants to Complete Course Evaluation Form • Faculty Meeting	All Faculty
13:30-14:00	30	Closing Remarks Adjourn	Course Director



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ

โทร.

ที่ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติยืมเงินค่าลงทะเบียน ATLS for Doctors

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ตามที่ แพทย์ประจำบ้าน สาขาออร์โธปิดิกส์ ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับแพทย์ (Advanced Trauma Life Support for Doctors) ในวันที่
..... ณ นั้น

ในการนี้ ทางศูนย์การแพทย์ฯ จึงขออนุมัติยืมเงินค่าลงทะเบียนการอบรมดังกล่าว
สำหรับแพทย์ประจำบ้าน ๓ คน คือ ชื่อ-สกุล.....
ดังนี้ พร้อมนี้ได้แนบสัญญายืม ๑ ชุด

ค่าลงทะเบียน คนละ ๒๐,๐๐๐ บาท x ๓ คน = ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุมัติและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

ประธานสาขา.....

สัญญาการยืมเงิน ยื่นต่อ.....(๑)	เลขที่..... วันครบกำหนด.....
ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด..... จังหวัด.....มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก..... (๒) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS) (๓) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้	
จำนวนเงินตัวอักษร.....(.....).....	รวม บาท
ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจําแนบใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง คือ ภายใน.....วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินนี้ ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที ลายมือชื่อ..... ผู้ยืมเงิน วันที่.....	
เสนอ..... (๔) ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน..... บาท.....(.....) ลงชื่อ..... วันที่..... คำอนุมัติ อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน.....บาท.....(.....) ลงชื่อผู้อนุมัติ..... วันที่.....	
ใบรับเงิน ได้รับเงินยืมจำนวน.....บาท(.....) ไปเป็นการถูกต้องแล้ว ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน วันที่.....	

ชื่อหน่วยงาน.....

ลงทะเบียน ATLS ระหว่างวันที่..... หน่วยงาานที่เปิดฝึกอบรม.....

1.ชื่อ-สกุล.....

2.ชื่อ-สกุล.....

3.ชื่อ-สกุล.....

 ธนาคารกรุงไทย KRUNGTHAI BANK		ใบรับฝากเงินและใบเสร็จรับเงิน DEPOSIT SLIP & RECEIPT SLIP	
สาขา Branch	ประเภทบัญชี Account Type	เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537000882 ทะเบียนเลขที่ บมจ. 335	รายการฝาก Deposit by
วันที่ Date	☐ ออมทรัพย์ Savings A/C ☐ กรุงไทยทวีคูณ SPA ☐ ฝากประจำ Fixed Deposit ☐ กระแสรายวัน Current A/C ☐ อื่นๆ Others	☐ เงินสด Cash ☒ รายการโอน TR ☐ เช็คธนาคาร CB ☐ เช็คต่างธนาคาร CL ☐ เช็คเรียกเก็บ BC	
ชื่อบัญชี Account Name		เพื่อสาขา For Branch	เลขที่บัญชี Account Number
RCST / ATLS			
เงินสด Cash	จำนวนเงินเป็นคำอักษร Amount in Word	จำนวนเงินเป็นตัวเลข Amount in Number	
รายการเช็ค Cheques	หมายเลขเช็ค Cheque No.	ชื่อธนาคาร/สาขา Bank Branch	จำนวนเงิน Amount
เมื่อยอดเงินเป็นคำอักษร Total Amount in Word		รวมยอดเงินเป็นตัวเลข Total Amount in Number	 สำหรับลูกค้า For Customer รหัสพัสดุ ENG.004723



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร.

ที่ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าลงทะเบียน ATLS for Doctors

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ตามที่ แพทย์ประจำบ้าน สาขาออร์โธพีดิกส์ ได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ
การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สำหรับแพทย์ (Advanced Trauma Life Support for Doctors) ในวันที่
..... ณ

ในการนี้ ทางศูนย์การแพทย์ฯ จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าลงทะเบียนการอบรมดังกล่าว
สำหรับแพทย์ประจำบ้าน ๓ คน คือ ชื่อ-สกุล.....
ดังนี้ พร้อมนี้ได้แนบสัญญาใบเสร็จ จำนวน ๓ ฉบับ

ค่าลงทะเบียน คนละ ๒๐,๐๐๐ บาท x ๓ คน = ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติเบิกค่าลงทะเบียนดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

ประธานสาขา.....



Royal College of Surgeons of Thailand

Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Bangkok 10310 Thailand

Tel. (662) 716-6141-3 FAX : (662) 716-6144

Website : <http://www.surgeons.or.th>

E-Mail : frst@surgeons.or.th

เลขที่ _____

วันที่ _____

-- ใบเสร็จรับเงิน Receipt --

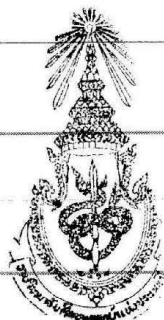
ได้รับเงินจากชื่อ-สกุล.....

โรงพยาบาล

ชำระเงินค่าลงทะเบียน ATLS Course

จำนวนเงิน20,000 บาท

(สองหมื่นบาทถ้วน)



ผู้รับเงิน

เหรียญกษาปณ์



Royal College of Surgeons of Thailand

Royal Golden Jubilee Building, 2 Soi Soonvijai, New Petchburi Road, Bangkok 10310 Thailand

Tel. (662) 716-6141-3 FAX : (662) 716-6144

Website : <http://www.surgeons.or.th>

E-Mail : frst@surgeons.or.th

เลขที่ _____

วันที่ _____

-- ใบเสร็จรับเงิน Receipt --

ได้รับเงินจากชื่อ-สกุล.....

โรงพยาบาล

ชำระเงินค่าลงทะเบียน ATLS Course

จำนวนเงิน20,000 บาท

(สองหมื่นบาทถ้วน)



ผู้รับเงิน

เหรียญกษาปณ์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๖๐๕๕ โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๖๕
ที่ สธ ๐๓๐๕/ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติโอนเงินสนับสนุนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors)

เรียน อธิบดีกรมการแพทย์ (ผ่านผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง)

ด้วยกองวิชาการแพทย์เป็นหน่วยงานกลางที่สนับสนุนการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง กรมการแพทย์ ซึ่งมีแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ที่ต้องเข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors)

กองวิชาการแพทย์ ขอแจ้งจำนวนแพทย์ประจำบ้านที่ต้องเข้ารับการฝึกอบรมดังกล่าวของแต่ละสถาบัน และขอให้โอนเงินสนับสนุน ดังนี้

๑. โรงพยาบาลราชวิถี	ฝึกอบรม.....ราย	จำนวน.....บาท
๒. โรงพยาบาลเลิดสิน	ฝึกอบรม.....ราย	จำนวน.....บาท
๓. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ	ฝึกอบรม.....ราย	จำนวน.....บาท
๔. สถาบันประสาทวิทยา	ฝึกอบรม.....ราย	จำนวน.....บาท
๕. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	ฝึกอบรม.....ราย	จำนวน.....บาท
๖. สถาบันโรคทรวงอก	ฝึกอบรม.....ราย	จำนวน.....บาท

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณรายบุคคลค่า ATLS จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี.....เงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง (.....)

ผลผลิต :.....กิจกรรม :.....
(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณ

.....
(.....)

ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๖๐๕๕ โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๖๕

ที่ สธ ๐๓๐๕/..... วันที่

เรื่อง แจ้งการตัดโอนเงินสนับสนุนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ อบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง
สำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors)

เรียน

ตามหนังสือกองวิชาการแพทย์ ที่ สธ ๐๓๐๕/.....ลงวันที่.....
เรื่อง ขออนุมัติโอนเงินสนับสนุนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ อบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับ
แพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) นั้น

กองวิชาการแพทย์ ขอแจ้งให้ท่านทราบว่ากองบริหารการคลังได้มีการดำเนินการตัดโอนเงิน
สนับสนุนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เข้ารับการฝึกอบรมดังกล่าวไปยังหน่วยงานเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตาม
เอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

แพทย์ประจำบ้านกรมการแพทย์ ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์
(ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) ประจำปีการฝึกอบรม.....

สาขา/หน่วยงาน	จำนวน	ค่าลงทะเบียน	รวม
โรงพยาบาล.....			
๑. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๒. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๓. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๔. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๕. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๖. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
สถาบัน.....			
๑. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๒. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๓. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
๔. สาขา.....	 ราย	- บาท	- บาท
รวมทั้งสิ้นหน่วยงาน	จำนวนทั้งสิ้น..... ราย		- บาท



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการกรมการแพทย์ โทร. x xxxx xxxx โทรสาร x xxxx xxxx

ที่ / วันที่

เรื่อง ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ปีการฝึกอบรมที่เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS)

เรียน ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์

ตามที่..... จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับแพทย์ (ATLS: Advanced Trauma Life Support for Doctors) เพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บให้ได้รับมาตรฐานสากล วันที่..... นั้น

โรงพยาบาล/ สถาบัน..... ขอแจ้งรายชื่อแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ จำนวน..... คน ที่เข้าอบรมหลักสูตรดังกล่าวข้างต้น เพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนค่า ATLS คนละ บาท ดังนี้

- | | |
|---------|-------------------------------------|
| ๑. | แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ สาขา..... |
| ๒. | แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ สาขา..... |
| ๓. | แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ สาขา..... |
| ๔. | แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ สาขา..... |
| ๕. | แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ สาขา..... |

รายละเอียดตามเอกสารที่แนบพร้อม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

หมายเหตุ แนบเอกสาร

- หนังสือแจ้งรายชื่อและเรียกเก็บค่าลงทะเบียนจากมหาวิทยาลัย
- ใบเสร็จ/สำเนาใบเสร็จหลักฐานการจ่ายเงิน

ภาคผนวก 4

ระเบียบกรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป
เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2562



ระเบียบกรมการแพทย์
ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป
เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. ๒๕๖๒

ตามที่กระทรวงการคลัง มีหนังสือด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว ๑๒๖ ลงวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๕๘ เรื่องการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป และเพื่อให้การเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนประเภทเงินอุดหนุนทั่วไปเกิดความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็นไปตามระเบียบราชการ นั้น

กรมการแพทย์ อาศัยตามอำนาจตามนัยหนังสือข้างต้นกับหนังสือกรมบัญชีกลางที่ กค ๐๔๐๘.๔/๑๐๒๐๙ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๒ เรื่องขอทำความตกลงในการแก้ไขและเพิ่มเติมการเบิกจ่ายเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง จึงกำหนดระเบียบกรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ดังนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณงบเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกระเบียบ ดังต่อไปนี้

ระเบียบกรมการแพทย์ ว่าด้วยการเบิกจ่ายงบประมาณ งบเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔

ข้อ ๔ การเบิกจ่ายเงินตามระเบียบนี้ต้องเป็นค่าใช้จ่าย ดังนี้

๔.๑ ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารจัดการหลักสูตร เช่น ค่าวัสดุสำนักงาน ค่าจ้างบุคลากร ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าใช้จ่ายในการจัดประชุมราชการ ค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมระยะสั้น ค่าตรวจสอบประเมินสถาบัน เพื่อรับรองมาตรฐานการสอบ ค่าใช้จ่ายในการติดตามประเมินแพทย์ประจำบ้าน เป็นต้น

๔.๒ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและประชุมวิชาการ สำหรับผู้เรียน เช่น ค่าสมนาคุณวิทยากร ค่าอาหาร ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ค่าวัสดุในการจัดอบรม ค่าเช่าพาหนะเดินทาง ค่าลงทะเบียนในการเข้ารับการฝึกอบรมหรือเข้าประชุมวิชาการ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมหรือเข้าประชุมวิชาการ เป็นต้น

๔.๓ ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุเครื่องแต่งกายสำหรับแพทย์ผู้เรียน โดยให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กระทรวงการคลังอนุมัติ และค่าวัสดุอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการเรียนการสอน เป็นต้น

๔.๔ ค่าตอบแทนในการสอนให้กับแพทย์ ผู้สอน

๔.๕ ค่าตอบแทนในการออกข้อสอบ

๔.๖ ค่าตอบแทนในการตรวจข้อสอบ

๔.๗ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ควบคุมการสอบ

๔.๘ ค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศ ปัจฉินิเทศ การประเมินผล และการพัฒนาหลักสูตร

๔.๙ ค่าใช้จ่าย...

๔.๙ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการเรียนการสอน เช่น ค่าจัดพิมพ์ตำรา ค่าจัดซื้อตำรา ค่าจัดซื้อ Journal ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการวิจัยของแพทย์ผู้เรียน เป็นต้น

ข้อ ๕ หลักเกณฑ์ และวงเงินการจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อการเรียนการสอนแพทย์เฉพาะทาง มีดังนี้

๕.๑ จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน เป็นค่าบริหารจัดการหลักสูตรและ ค่าตรวจประเมินสถาบันเพื่อรับรองมาตรฐานการสอน เป็นต้น

๕.๑.๑ จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน ไม่เกิน ๒ หลักสูตร มีผู้ประสานงาน โครงการ ไม่เกิน ๑ คน ได้รับการจัดสรรในวงเงิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท

๕.๑.๒ จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน ๓ - ๕ หลักสูตร มีผู้ประสานงาน โครงการ ไม่เกิน ๓ คน ได้รับการจัดสรรในวงเงิน ๖๐๐,๐๐๐ บาท

๕.๑.๓ จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอน ๖ - ๑๕ หลักสูตร มีผู้ประสานงาน โครงการ ไม่เกิน ๔ คน ได้รับการจัดสรรในวงเงิน ๘๐๐,๐๐๐ บาท

๕.๑.๔ จัดสรรให้หน่วยงานที่จัดการเรียนการสอนมากกว่า ๑๕ หลักสูตร มีผู้ประสานงาน โครงการไม่เกิน ๕ คน ได้รับการจัดสรรในวงเงิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

๕.๒ จัดสรรให้กองวิชาการแพทย์ เป็นค่าบริหารจัดการหลักสูตรส่วนกลาง เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย ในการจัดประชุมราชการ จัดการปฐมนิเทศ จัดการปัจฉิมนิเทศ จัดการประเมินผล จัดการพัฒนาหลักสูตร และ สนับสนุนหน่วยงานผู้จัดการเรียนการสอน ในกิจกรรมที่จำเป็นและเกี่ยวข้องเนื่องกับการเรียนการสอน

๕.๓ จัดสรรให้กับหลักสูตรที่ต้องจัดการอบรม Advanced Trauma Life Support (ATLS) ก่อนสอบวุฒิบัตร ตามที่ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องเรียกเก็บ

๕.๔ เงินงบประมาณส่วนที่เหลือจากการจัดสรร ในข้อ ๕.๑ - ๕.๓ให้นำมาจัดสรรเป็น เงินรายหัวให้กับหน่วยงานผู้จัดการเรียนการสอน

ข้อ ๖ อัตราค่าตอบแทน

๖.๑ ค่าตอบแทนการสอน

๖.๑.๑ กรณีผู้สอนเป็นข้าราชการ

ภาคทฤษฎี ในอัตราชั่วโมงละ ๔๐๐ บาท

ภาคปฏิบัติ ในอัตราชั่วโมงละ ๒๐๐ บาท

๖.๑.๒ กรณีผู้สอนไม่ได้เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างของทางราชการ หรือข้าราชการ ลูกจ้างของหน่วยงานตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีกฎหมาย บัญญัติ ให้มีฐานะเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น หรือพนักงาน หรือลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ให้เบิกจ่ายเพิ่มขึ้นอีก ๑ เท่า ของอัตราที่กำหนดให้ค่าตอบแทนการสอนของข้าราชการ

๖.๒ ค่าตอบแทนในการสอบคัดเลือก

๖.๒.๑ กรรมการสอบสัมภาษณ์ ในอัตราคนละ ๑,๐๐๐ บาท

๖.๒.๒ เจ้าหน้าที่คุมสอบ ในอัตราคนละ ๕๐๐ บาทต่อวัน

๖.๓ ค่าตอบแทนกรรมการออกข้อสอบ การสอบวัดผล (คิดเฉพาะข้อสอบใหม่) และเป็น ข้อสอบที่ผ่านการพิจารณาโดยกรรมการและนำไปใช้ในการสอบจริง (บรรจุในคลังข้อสอบ) เท่านั้น และคิด ค่าตอบแทนให้เพียงครั้งเดียว

๖.๓.๑ ข้อสอบ...

๖.๓.๑ ค่าตอบแทนกรรมการสอบปากเปล่า หรือการสอบสัมภาษณ์เหมาจ่ายในอัตรา
คนละ ๑,๐๐๐ บาทต่อวัน

๖.๓.๒ ข้อสอบปรนัย ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๓.๓ ข้อสอบ MCQ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๓.๔ ข้อสอบ CRQ ในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อข้อ

๖.๓.๕ ข้อสอบ MEQ ในอัตรา ๓๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๓.๖ ข้อสอบ OSCE ในอัตรา ๓๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๓.๗ ข้อสอบ Case ในอัตรา ๒๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๓.๘ Slide Quiz ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๓.๙ Lab, Slide Question ในอัตรา ๑๕๐ บาทต่อข้อ

๖.๔ ค่าตอบแทนในการพิจารณาคัดเลือกข้อสอบ (คิดต่อข้อต่อชุดคณะกรรมการ)

๖.๔.๑ ข้อสอบ CRQ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๔.๒ ข้อสอบ MCQ ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๔.๓ ข้อสอบ MEQ ในอัตรา ๓๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๔.๔ ข้อสอบ OSCE ในอัตรา ๑๐๐ บาทต่อข้อ

๖.๕ ค่าตรวจข้อสอบ/ ค่าจ้างวิเคราะห์ ประเมินผล

๖.๕.๑ ข้อสอบ MCQ ในอัตรา ๕ บาทต่อข้อ

๖.๕.๒ ข้อสอบข้อเขียน Histopathology ในอัตราคนละ ๑,๕๐๐ บาท

๖.๕.๓ ข้อสอบ CRQ ในอัตรา ๒๐ บาทต่อข้อต่อผู้เข้าสอบ

(ไม่น้อยกว่า ๕๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท)

๖.๕.๔ ข้อสอบ MEQ ในอัตรา ๕๐ บาทต่อข้อต่อผู้เข้าสอบ

(ไม่น้อยกว่า ๑,๐๐๐ บาท แต่ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)

๖.๕.๕ ข้อสอบ OSCE กรณีไม่มีอาจารย์คุมสอบ/ Lab ในอัตรา ๒๕ บาทต่อข้อ

ต่อผู้เข้าสอบ

๖.๕.๖ ข้อสอบ Lab, Slide Quiz, Slide Question ในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อคน

๖.๖ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่คุมสอบให้จ่ายกับบุคลากรทั้งในและนอกโรงพยาบาล สำหรับ
วันทำการ ๓๐๐ - ๕๐๐ บาทต่อครั้งต่อผู้คุมสอบ สำหรับวันหยุดราชการ ๕๐๐ - ๘๐๐ บาทต่อครั้งต่อผู้คุมสอบ

๖.๗ ค่าตอบแทนคุมข้อสอบ OSCE กรณีมีอาจารย์คุมสอบ ในอัตราไม่เกิน ๑๐๐ บาท
ต่อข้อต่อผู้เข้าสอบ ๑ คน

๖.๘ ค่าตอบแทนคุมสอบ Long case และ Short case ในอัตรา ๕๐๐ บาทต่อข้อต่อคน
ทั้งนี้ไม่เกิน ๒ คน

๖.๙ ค่าตอบแทนกรรมการการตรวจข้อสอบ ข้อเขียน Case คนละ ๑,๕๐๐ บาท

๖.๑๐ ค่าตอบแทนผู้ป่วยเพื่อเป็น Case ตัวอย่าง ในอัตรา ๓๐๐ - ๕๐๐ บาทต่อคนต่อชั่วโมง

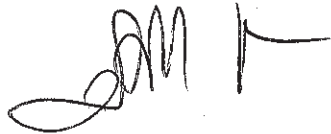
๖.๑๑ ค่าใช้จ่ายของแพทย์เฉพาะทางในการไปศึกษา ณ สถานบันอื่นจ่ายจริงตามที่สถานบันนั้น
เรียกเก็บ ซึ่งใช้ใบเสร็จรับเงินของหน่วยงานนั้นมาแสดงการเบิกจ่ายโดยขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล/ สถานบัน

๖.๑๒ ค่าตอบแทนอาจารย์/ ที่ปรึกษา ในอัตรา ๑,๐๐๐ บาทต่อแพทย์เฉพาะทาง ๑ คน
ต่อปี ซึ่งได้รับคำสั่งแต่งตั้งและดูแลแพทย์ตามคำสั่งที่ได้รับมอบหมาย

ข้อ ๗ อธิบตี...

ข้อ ๗ อธิบดีหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจในการอนุมัติการเบิกจ่ายตามระเบียบนี้
ข้อ ๘ หลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือวิธีปฏิบัติอื่นใดที่ไม่ได้กำหนดไว้ในระเบียบนี้ให้เป็นไปตามกฎหมาย
ระเบียบ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรีหรือตามที่กระทรวงการคลังหรือสำนักงานงบประมาณกำหนด

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๒



(นายสมศักดิ์ อรรษศิลป์)
อธิบดีกรมการแพทย์

ภาคผนวก 5

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์

**รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์**

1. นางสาวภักดิ์ศิริ แก่นโพธิ์	นักวิชาการฝึกอบรมและสอบ	สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา
2. นายสุกิจ ทัศนสุนทรวงศ์	ผู้อำนวยการกองวิชาการแพทย์	กรมการแพทย์
3. นางสาวรานิสา สันธนะโยธิน	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลพรตุนราชธานี
4. นางสาวเบญจพร ขอบใจ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลพรตุนราชธานี
5. นางสาวนิตยา แบนบุญ	สาขาสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลพรตุนราชธานี
6. นางสาวพาริดา อาสนรัตนจินดา	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลพรตุนราชธานี
7. นางสาวอ้อมจิต นิมิวัลย์	สาขาอายุรศาสตร์	โรงพยาบาลพรตุนราชธานี
8. นางสาวประนอม แสนพรม	สาขาอายุรศาสตร์	โรงพยาบาลพรตุนราชธานี
9. นางสาวอามีเนาะห์ แก้ววัลย์	สาขาอายุรศาสตร์	โรงพยาบาลพรตุนราชธานี
10. นางสาวนิชาภัทร วังสิยานนท์	สาขาอายุรศาสตร์	โรงพยาบาลพรตุนราชธานี
11. นางสาวศิวพร กวากำเหนิด	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	สถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟู
12. นางสาวพัชรพร โดยดี	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	สถาบันสรีนธรเพื่อการฟื้นฟู
13. นางสาวชื่นสุดา ไชยยะนนท์	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันประสาทวิทยา
14. นางสาวกรรณิการ์ ฤทธิศิลป์	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันประสาทวิทยา
15. นางสาวศุภัสสรณ์ โพธิ์รินทร์	สาขาประสาทศัลยศาสตร์	สถาบันประสาทวิทยา
16. นางสาวปัทมรัตน์ พงษ์ธนาบุตรพรหม	สาขาประสาทวิทยา	สถาบันประสาทวิทยา
17. นางสาวอริษา คำหาหนัก	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
18. นางสาวศิวินันท์ ฟองจันทร์	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
19. นางสาวกฤติกา อังผาดผล	สาขาตจวิทยา	สถาบันโรคผิวหนัง
20. นางสาวธารทิพย์ ดาวสุข	สาขาออร์โธปิดิกส์	โรงพยาบาลเลิดสิน
21. นางสาวอนงค์นาถ หงษาคำ	สาขาออร์โธปิดิกส์	โรงพยาบาลเลิดสิน
22. นางสาวอาภรณ์ แก่นทองเจริญ	สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง	โรงพยาบาลเลิดสิน
23. นางสาวกัณต์สินี ลิ้มการสุวรรณ	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลเลิดสิน
24. นางสาวสายใจ สอนจันทร์	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลเลิดสิน
25. นางสาวสกุลบุญ พูลสวัสดิ์	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลเลิดสิน
26. นางสาวยอดขวัญ วรบัว	สาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
27. นางสาวสุดใจ วรรณศิริธัญมาศ	สาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
28. นางสาวกรกมล ทองเพิ่ม	สาขากุมารเวชศาสตร์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
29. นางสาวมาริสา เศรษฐธรร	สาขากุมารเวชศาสตร์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ

**รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (ต่อ)**

30. นายกิตติภพ จรครบุรี	สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
31. นางเรืองรอง เทียมสุขสม	สาขากุมารศัลยศาสตร์	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
32. นางสาวสมปอง สุนทรารชุน	สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
33. นางสาวนุชธิชา พนาเวชสันติ	สาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
34. นางสาวสำเริง ห่วงศร	สาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
35. นางสาวปวีรา สุไต้ทอน	สาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
36. นางสาวพชรมน วุฒิยา	สาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
37. นางสาวจิราวรรณ ไวยเสมา	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
38. นางสาวสิริรัตน์ ทับมณฑา	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
39. นางสาวจินดาพร คะชะสะ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ
40. นางสาวผุสดี บวรธรรมรัตน์	สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
41. นางประเพียร คงเตี้ย	สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	โรงพยาบาลราชวิถี
42. นางสาวสุตารัตน์ เรืองฤทธิ์	สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
43. นางสาวชिरาภรณ์ โฮโยส	สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร	โรงพยาบาลราชวิถี
44. นางสาวจุฑาทิพย์ เรืองฤทธิ์	สาขาอายุรศาสตร์	โรงพยาบาลราชวิถี
45. นางสาวลลิตวดี อินคำ	สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจ และภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ	โรงพยาบาลราชวิถี
46. นางสาวนันท์สินี เพียรมานะ	สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง	โรงพยาบาลราชวิถี
47. นางสาวภักดี แร่ถ่าย	สาขาประสาทวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
48. นางสาวกันทิมา เกลี้ยงลำยอง	สาขาจักษุวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
49. นางสาวนฤชา อยู่สบาย	สาขาจักษุวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
50. นางสาวชนิรัตน์ ทองสุข	สาขาอายุรศาสตร์โรคไต	โรงพยาบาลราชวิถี
51. นางจิตาภา ผ่องมาลัย	สาขาอายุรศาสตร์โรคไต	โรงพยาบาลราชวิถี

**รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (ต่อ)**

52. นางสาวบุญญาภา ยิ้มพุดชา	สาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซึม	โรงพยาบาลราชวิถี
53. นางสาวจินตนา ห่อหมก	สาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซึม	โรงพยาบาลราชวิถี
54. นางเพียร เลิศเวียง	สาขาวิสัญญีวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
55. นางสาวปัญญพันธ์ ท่วมโพธิ์แก้ว	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลราชวิถี
56. นางสาวกาญจนา นิลใหญ่	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลราชวิถี
57. นางสาวมณีวรรณ หูเจริญ	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	โรงพยาบาลราชวิถี
58. นางถาวร เพ็ญยงค์	สาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์ และเมตาบอลิซึม	โรงพยาบาลราชวิถี
59. นางสาวพิชญ์สินี วิชัยศึก	สาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์ และเมตาบอลิซึม	โรงพยาบาลราชวิถี
60. นางสุนันทา ภูทอง	สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก	โรงพยาบาลราชวิถี
61. นางสาวสุมิตรา เอี่ยมโสภา	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลราชวิถี
62. นางสาวปรียาภรณ์ ทวีสุข	สาขาศัลยศาสตร์	โรงพยาบาลราชวิถี
63. นางสาวพรไพสิน แสนปาง	สาขาศัลยศาสตร์	โรงพยาบาลราชวิถี
64. นางชนก ธัญผล	สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
65. นางสาวภูษิตา นามขามป้อม	สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	โรงพยาบาลราชวิถี
66. นายชาติรี สายประดิษฐ์	สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู	โรงพยาบาลราชวิถี
67. นายสมศักดิ์ จรจัด	สาขารังสีวิทยาวินิจฉัย (เปิดในอนาคต)	โรงพยาบาลราชวิถี
68. นางช่อแก้ว ภูชาโร	สาขาศัลยศาสตร์ยูโร	โรงพยาบาลราชวิถี
69. นางสาวมนัสนันท์ สร้อยโสภา	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันโรคทรวงอก
70. นางสาวณัฐกานต์ ธรรมเวช	สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ	สถาบันโรคทรวงอก
71. นางสาวชนาพร เกษรรัตน์	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	สถาบันโรคทรวงอก
72. นางสาววัลลภา ยะประสิทธิ์	สาขาทันตกรรม	สถาบันทันตกรรม
73. นางสาวสิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	
74. นางสาวปรียากร ก.ศรีสุวรรณ	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	
75. นางสาวสมถวิล โพธิ์วรรณ	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย	
76. นางสาวณภัทรรณ ตันตยานนท์	วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย	
77. นางสาวพิชญานิน เจตนา	วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย	
78. นางสาวเกศศิริ ศิริสวัสดิ์	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	
79. นางสาวอนิสา ต๊ะศิริ	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	
80. นางสาววลีรัตน์ ยามสุข	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	
81. นางสาวณิชาภา เนตรโสภณ	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย	

**รายชื่อคณะกรรมการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่และเลขานุการ
การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ (ต่อ)**

82. นางสาวพรรณนิภา มีชัย	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย	
83. นางสาวสุพรรณพรณ ปั่นเจริญ	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย	
84. นางสาวทิพ อัสวบุญมี	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	
85. นางสาวจิรนนท์ ทองแก้ว	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย	
86. นางสาวแพรวพรรณ เจริญเลิศวิวัฒน์	สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย	
87. นางสาวพรรณวรท ภูเวียง	สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย	
88. นางสาวอรัญญา ประเสริฐสุข	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	
89. นายนันทวุฒิ ชั่งรุ้งกิจ	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย	
90. นางสาวเดือนเพ็ญ เลิศรัตนวิสุทธิ	ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย	
91. นางสาวณัฐฐา เทียงตรง	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย	
92. นางสาวศิวาพร สังรวม	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
93. นายสมิทธิกร เย็นวัฒนา	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
94. นางสาวภัทราภรณ์ สมศรี	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
95. นางสาวสาวิตรี ยาหอม	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
96. นางสาวลลิตา พนาคร	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
97. นางสาวลัดดาวัลย์ ชะละจิตต์	เจ้าหน้าที่ประสานงานส่วนกลาง	กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

ภาคผนวก 6

ที่อยู่ราชวิทยาลัย

ที่อยู่ราชวิทยาลัย

สาขา/ อนุสาขา	สถานที่/ รายละเอียดการติดต่อ
- โลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก - กุมารเวชศาสตร์ - กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด - กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา - กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา - กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม - กุมารเวชศาสตร์โภชนาการ - กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม - กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ - กุมารเวชศาสตร์โรคไต - กุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและโรคตับ - กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน - กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ - กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ	ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 9 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 6200 – 1 โทรสาร. 0 2716 6202 อีเมล: thaipediatics@gmail.com รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.thaipediatics.org
จักษุวิทยา	ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2718 0715 – 6 โทรสาร. 0 2718 0717 อีเมล: admin@rcopt.org รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcopt.org
- จิตเวชศาสตร์ - จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น	ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สำนักงานเลขาธิการ กองจิตเวชและประสาทวิทยา ชั้น 15 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร./ โทรสาร. 02 640 4488 อีเมล : rcpsych.th@gmail.com รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcpsycht.org
ประสาทศัลยศาสตร์	ราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 11 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2718 1996 โทรสาร. 0 2718 1997 รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.neuro.or.th

ที่อยู่ราชวิทยาลัย (ต่อ)

สาขา/ อนุสาขา	สถานที่/ รายละเอียดการติดต่อ
- พยาธิวิทยากายวิภาค - พยาธิวิทยาคลินิก - พยาธิวิทยาทั่วไป - เวชศาสตร์บริการโลหิต - นิติเวชศาสตร์ - ตจพยาธิวิทยา - พยาธิสรีรวิทยา - โลหิตวิทยา	ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย สำนักงานประธาน เลขที่ 2/2 สถาบันพยาธิวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อาคาร 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 0 2354 8208 – 124 มือถือ. 08 6907 3996 เว็บไซต์: http://rcthaipathologist.org/ อีเมล: payati_25@hotmail.com / webmaster@rcthaipathologist.org
- รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา - เวชศาสตร์นิวเคลียร์ - รังสีวินิจฉัย - ภาพวินิจฉัยขั้นสูง - ภาพวินิจฉัยระบบประสาท - รังสีร่วมรักษาของลำตัว - รังสีร่วมรักษาระบบประสาท	ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 9 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 5963 – 4 โทรสาร. 0 2716 5964 อีเมล: thercrt@gmail.com รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก www.rcrt.or.th
- วิสัญญีวิทยา - การระงับปวด - วิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่ และทรวงอก - วิสัญญีสำหรับเด็ก - วิสัญญีวิทยาสำหรับผู้ป่วยโรคระบบประสาท	ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 5 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 7220 มือถือ. 08 5261 0066 โทรสาร. 0 2716 7771 อีเมล: anesthai@hotmail.com รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก www.anesthai.org
เวชศาสตร์ครอบครัว	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ชั้น 11 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 6651 ต่อ 2 โทรสาร. 0 2716 6653/ 0 27166657 รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก www.thaifammed.org
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ราชวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ชั้น 7 อาคารท่านผู้หญิงประภาศรีฯ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 094-9396767 อีเมล: tcep.tmc@gmail.com รายละเอียดเฉพาะสาขาคู่ได้จาก https://tcep.or.th

ที่อยู่ราชวิทยาลัย (ต่อ)

สาขา/ อนุสาขา	สถานที่/ รายละเอียดการติดต่อ
- เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบาดวิทยา) - เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์การเดินทางและการท่องเที่ยว) - เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์การบิน) - เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล) - เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก) - เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสาธารณสุขศาสตร์) - เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน) - เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)	สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย อาคาร 1 ชั้น 2 สถาบันบำราศนราดูร ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร./ โทรสาร. 0 2590 3703 มือถือ. 08 9812 8777 อีเมล: preventionmed@gmail.com
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย ชั้น 10 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 6661 – 4 ต่อ 1048 โทรสาร. 0 2716 6809 อีเมล: Thairehab@gmail.com รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก http://rehabmed.or.th
- ศัลยศาสตร์ - กุมารศัลยศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ทรวงอก - ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา - ศัลยศาสตร์ตกแต่ง - ศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา - ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก - ศัลยศาสตร์หลอดเลือด - ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 6 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 6141 - 3 โทรสาร. 0 2716 6144 รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rcst.or.th
- สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา - มะเร็งวิทยานรีเวช - เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ - เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ - เวชศาสตร์เชิงกรานสตรีและศัลยกรรมช่องคลอด	ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 8 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 5721-22, 0 2716 5724 โทรสาร. 0 2716 5720 อีเมล: pr_rtcog@rtcog.or.th รายละเอียดเฉพาะสาขาคูได้จาก www.rtcog.or.th

ที่อยู่ราชวิทยาลัย (ต่อ)

สาขา/ อนุสาขา	สถานที่/ รายละเอียดการติดต่อ
- โสต ศอ นาสิกวิทยา - ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า	ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ประธาน: ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-256-4103 โทรสาร. 02-252-7787 อีเมล: entchula2011@gmail.com สำนักงานเลขาธิการ: ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตำบลศิลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทร. 08 1392 3473 อีเมล: teerapornratana@gmail.com รายละเอียดเฉพาะสาขาได้จาก www.rcot.org
ออร์โธปิดิกส์	ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ชั้น 4 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 5436-7 โทรสาร. 0 2716 5440 อีเมล: secretariat@rcost.or.th รายละเอียดเฉพาะสาขาได้จาก www.rcost.or.th
- อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา - อายุรศาสตร์โรคเลือด - อายุรศาสตร์ - ประสาทวิทยา - ตจวิทยา - โภชนศาสตร์คลินิก - เวชบำบัดวิกฤต - เวชศาสตร์ชีวิตาและพิษวิทยา - อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ - อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซึม - อายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม - อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ - อายุรศาสตร์โรคไต - อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก - อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร - อายุรศาสตร์โรคระบบหายใจและภาวะวิกฤตระบบการหายใจ - อายุรศาสตร์โรคหัวใจ	ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ชั้น 7 อาคารพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 0 2716 6744 มือถือ.08 1450 4719 โทรสาร. 0 2718 1652 อีเมล: rcptmail@gmail.com รายละเอียดเฉพาะสาขาได้จาก www.rcpt.org

ภาคผนวก 7

ประมวลภาพกิจกรรม

ภาพกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ 2562



ภาพกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน กรมการแพทย์ 2562 (ต่อ)





กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
โทรศัพท์ 0 2590 6055, 0 2590 6272