



ที่สรพท. ๐๖๐/๒๕๖๐

ชมรมรังสีการแพทย์ชุมชนแห่งประเทศไทย

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

อ.เมือง จ.สระแก้ว ๒๙๐๐๐

โทร ๐๓๙ - ๒๔๓๐๑๘-๒๐ โทรสาร ๐๓๙ - ๒๒๐๕๖๘

E-mail: kanittac759@gmail.com , www.radiologyclubthailand.com

๒๐ กันยายน ๒๕๖๐

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด
รับวันที่ ๑๖/๙/๒๕๖๐
เลขที่ ก๖๕๘
เวลา ๑๐.๓๕ น.

เรื่อง ขอเชิญร่วมประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการงานด้านรังสีการแพทย์ ครั้งที่ ๗

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน /
อธิการบดี/คณบดี/หัวหน้าแผนก/สมาชิก

งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
รับวันที่ 19 มี.ค. ๒๕๖๐
เวลา 16.00 น.
เลขที่รับ 65

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการสัมมนาเชิงปฏิบัติการงานด้านรังสีการแพทย์
- ๒. แผนการประชุมสัมมนา
- ๓. กำหนดการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการงานด้านรังสีการแพทย์
- ๔. ใบลงทะเบียน

ชมรมรังสีการแพทย์ชุมชนแห่งประเทศไทย ร่วมกับ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่ จัดให้มีการประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการงานด้านรังสีการแพทย์ ครั้งที่ ๗ ระหว่างวันที่ ๓๐-๓๑ มกราคม ๒๕๖๐ ถึง ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ณ โรงแรมแกรนด์วิสต้า อ.เมือง จ.เชียงราย เพื่อพัฒนาขีดความรู้ ความสามารถ ทักษะในการบริหารจัดการ พัฒนาด้านคุณภาพงานด้านรังสีการแพทย์ เรียนรู้วิทยาการใหม่ๆ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีการแพทย์ ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีการแพทย์ ตลอดจนผู้สนใจงานด้านรังสีการแพทย์ทุกท่าน

ในการนี้คณะทำงานส่งเสริมพัฒนางานคุณภาพด้านรังสีการแพทย์ชมรมฯ ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการ ด้านวิชาการ ด้านปฏิบัติการ และผู้เชี่ยวชาญงานด้านรังสีและเครื่องมือแพทย์มาร่วมบรรยาย และนำสู่การปฏิบัติจริง จึงใคร่ขอเรียนเชิญ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีการแพทย์ หรือผู้แทนและคณะ ตลอดจนผู้สนใจเข้าร่วมสัมมนา โดยท่านสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการสัมมนาครั้งนี้ ตามระเบียบราชการเมื่อท่านได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดอนุญาตให้ผู้เกี่ยวข้องกับงานด้านรังสีการแพทย์หรือผู้แทนและผู้สนใจเข้าร่วมสัมมนาดังกล่าว ทางชมรมรังสีการแพทย์ชุมชนแห่งประเทศไทยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๑ เชียงใหม่
เพื่อโปรดทราบ และแจ้งมติ
รศ.ดร. อรุณรัตน์ ใจเมือง
(งานส่งเสริมพัฒนาระดับจังหวัด)
กรม พัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด อ.เมืองสระแก้ว
๑๙/๙/๒๕๖๐
๑๖/๙/๒๕๖๐

ขอแสดงความนับถือ

(นางชนิษฐา ชูชาวณา)

(นายวรวิทย์ ใจเมือง)

รักษาการทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด

ประธานชมรมรังสีการแพทย์ชุมชนแห่งประเทศไทย

๑๘/๙/๒๕๖๐

@

ดร.วิ.
ประธานชมรมฯ ร.๒ สระแก้ว
๑๙/๙/๒๕๖๐

๑๕/๙/๒๕๖๐

๑๙/๙/๒๕๖๐

<p>แบบฟอร์มการลงทะเบียน</p> <p>ประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการงานด้านรังสีการแพทย์ประจำปี ๒๕๖๑ ครั้งที่ ๗</p> <p>ระหว่างวันที่ ๓๐-๓๑ มกราคม - ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑</p> <p>ณ.โรงแรมแกรนด์วิสตา อ.เมือง จ.เชียงราย</p>			
<p>ท่านสามารถลงทะเบียนตามแบบฟอร์ม และส่งใบลงทะเบียนได้ที่นายทะเบียนชื่อ นายชูพินิจ สาลีสวัสดิ์ โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โทรสาร ๐๓๒-๓๕๗-๑๑๒ หรือ E-mail chupinit_s@hotmail.com หรือ สมัครทาง radiologyclubthai@gmail.com</p>			
<p>๑. รายละเอียดส่วนตัว (โปรดเขียนตัวบรรจง)</p>			
ชื่อ	นามสกุล		
โรงพยาบาล			
ที่อยู่ หมู่	ตำบล	อำเภอ	
จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	E-mail	
โทร/มือถือ	โทรสาร		
<p>๒. การชำระค่าลงทะเบียน</p>			
<p>() ก่อนวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๔,๐๐๐ บาท โอนเข้าบัญชีในนาม ชมรมรังสีการแพทย์ชุมชนแห่งประเทศไทย ธนาคารกรุงไทย สาขาสระแก้ว หมายเลขบัญชี 236-0-44718-1 โดยระบุโอนเงินในวันที่.....</p>			
<p>() ชำระค่าลงทะเบียนหลังวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑ เป็นเงิน ๔,๕๐๐ บาท หรือชำระหน้างาน</p>			
<p>กรุณาส่งเอกสารการลงทะเบียนนี้ พร้อมเอกสารการโอนเงินมาที่ นายทะเบียนชมรมฯ ได้แก่ นายชูพินิจ สาลีสวัสดิ์ รพ.เจ็ดเสมียน อ.โพธาราม จ.ราชบุรี หรือ โทรสาร ๐๓๒-๓๕๗-๑๑๒ หรือ E-mail: chupinit_s@hotmail.com และนำหลักฐานการโอนเงินมาแสดงในวันประชุม***การลงทะเบียนจะเสร็จสมบูรณ์เมื่อชำระเงินแล้วเท่านั้น***</p>			
<p>ใบเสร็จรับเงิน ให้ออกในนาม</p> <p>() ตามชื่อ ๑. () บริษัทชื่อ () เลขที่ หมู่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด</p>			
<p>๓. การจองห้องพัก ให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาของที่พักกับทางโรงแรมแกรนด์วิสตาฯ โดยตรง เบอร์โทร 062-875-2670 , 053-746053 ผู้เข้าร่วมประชุมต้องแจ้งให้ทางโรงแรมทราบว่าเข้าร่วมประชุมกับชมรมฯเท่านั้น และส่งใบจองตามโทรสารของโรงแรมโดยตรง E-Mail info@grandvistachiangrai.com fax : 053-746-055 ตามเอกสารใบจอง</p> <p><input type="checkbox"/> ห้องพัก 1,600 บาท <input type="checkbox"/> ห้องพัก 1,800 บาท <input type="checkbox"/> ห้องพัก 2,000บาท</p>			
<p>๔. การเตรียมอาหารในงานสัมมนา ให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาระบุ</p> <p>() อาหารที่ชมรมจัดให้ () อิสลาม () อื่นๆ.....</p> <p>* ทางชมรมรังสีการแพทย์ชุมชนแห่งประเทศไทยขอสงวนสิทธิ์ในการรับผู้เข้าประชุมจำนวนจำกัดและ จะปิดรับทันทีเมื่อนั่งเต็ม *</p>			

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการสัมมนา

๑. สามารถพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านคุณภาพงานด้านรังสีการแพทย์
๒. เพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการและการบริการด้านรังสีการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ
๓. พัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานการสร้างภาพด้วยระบบดิจิทัล
๔. สามารถวิเคราะห์และพัฒนางานภายใต้เทคโนโลยีใหม่ๆ
๕. เข้าใจนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านการบริหารจัดการระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ

(Service plan) กับงานรังสีการแพทย์

หัวข้อการอบรม

๑. Smart Radiography Thailand 4.0 (ภาพรังสีทางการแพทย์ในยุคประเทศไทย 4.0)
๒. Smart Professional radiographic technologists
๓. Smart innovation medical imaging
๔. Smart safety Radiology Department
๕. Smart management Radiology Department
๖. เสวนาความก้าวหน้าในการพัฒนารังสีเทคนิคและมุมมองของนักรังสีการแพทย์
๗. เทคนิคในการทำผลงานวิชาการทางรังสีการแพทย์
๘. การนำเสนอผลงานทางวิชาการ

กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรงานรังสีการแพทย์.(รังสีแพทย์ นักรังสีการแพทย์ เจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านรังสีการแพทย์) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน และสถานบริการในสังกัดอื่นๆ
จำนวน ๑๕๐-๒๐๐ คน

วิธีการสัมมนา

การบรรยาย.การแลกเปลี่ยนเรียนรู้.และเชิงปฏิบัติการ.การนำเสนอผลงานทางวิชาการ กิจกรรมสัมมนา.อภิปรายกลุ่ม.นิทรรศการทางวิชาการ

วิทยากร

๑. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน ก.พ.สำนักงานรังสีและเครื่องมือแพทย์
๒. บุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๓. บุคลากรมหาวิทยาลัยขอนแก่น
๔. บุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
๕. ผู้เชี่ยวชาญด้าน CR,DR และ PACS จากภาครัฐและเอกชน

เอกสารยืนยันการจองห้องพักกับทางโรงแรมแกรนด์วิสตา เชียงราย (สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง การยืนยันการจองห้องพัก

เรียน ผู้เข้าร่วมประชุม

ทางโรงแรมแกรนด์วิสตา เชียงราย มีความยินดีขอเสนอรายละเอียดการจองห้องพัก ทั้งนี้จึงได้ขอความกรุณายืนยันการจองห้องพัก เพื่อที่จะได้สำรองห้องพักและเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้าตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

จองในนาม คุณ นามสกุล..... เบอร์โทร.....

สังกัดหน่วยงาน.....

ที่อยู่ในการออกใบเสร็จหรือใบกำกับภาษี.....

เลขที่ผู้เสียภาษี.....

ประเภทห้องพักที่ต้องการจอง

Deluxe Twin Bed	(32 ตร.ม./เตียงคู่ 3.5 ฟุต 2 เตียง)	(1,600 บาท/คืน)	จำนวน	ห้อง	พักวันที่.....ถึง.....	
Deluxe Double Bed	(32 ตร.ม./เตียง 6 ฟุต 1 เตียง)	(1,600 บาท/คืน)	จำนวน	ห้อง	พักวันที่.....ถึง.....	
Deluxe Pool Access	(32 ตร.ม./ติดสระน้ำ	เตียง 6 ฟุต 1 เตียง)	(1,800 บาท/คืน)	จำนวน	ห้อง	พักวันที่.....ถึง.....
Corner Suite	(46 ตร.ม./เตียง 6 ฟุต 1 เตียง)	(2,000 บาท/คืน)	จำนวน.....	ห้อง	พักวันที่.....ถึง.....	
Jacuzzi Suite	(35 ตร.ม. เตียง 7 ฟุต 1 เตียง)	(2,000 บาท/คืน)	จำนวน	ห้อง	พักวันที่.....ถึง.....	
Duplex Suite	(50 ตร.ม./เตียง 7 ฟุต + sofa-bed 6 ฟุต)	(3,000 บาท/คืน)	จำนวน	ห้อง	พักวันที่.....ถึง.....	
Grand Vista Suite	(86 ตร.ม./เตียง 7 ฟุต + sofa-bed 6 ฟุต)	(4,000 บาท/คืน)	จำนวน.....	ห้อง	พักวันที่.....ถึง.....	

เวลาเข้าพัก/เวลาออกจากที่พัก

- สามารถเข้าพักได้ตั้งแต่เวลา 14.00 น. เป็นต้นไป และกำหนดเวลาออกจากที่พักไม่เกิน 12.00 น.
- กรณีออกจากที่พักเกินเวลาที่กำหนด (Check-out late) แต่ไม่เกิน 18.00 น. คิดค่าบริการ 50 % ของราคาห้องพัก หากออกจากห้องพักหลังเวลา 18.00 น. เป็นต้นไป คิดค่าบริการเต็มจำนวนของค่าห้องพัก

เงื่อนไขการชำระเงิน : ผู้เข้าร่วมประชุมจะชำระค่าห้องพักในวันที่เข้าพัก หรือชำระล่วงหน้าก่อนการเข้าพัก

ในนามของ ห้างหุ้นส่วน ลานนาไฮเทล

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสี่แยกแม่กรณ์ (เชียงใหม่) เลขที่ 747-221756-0

การยกเลิกการจองห้องพัก : หลังการยืนยันการจองห้องพัก หากมีการเปลี่ยนแปลง หรือ ยกเลิกการจองห้องพัก ทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์คิดค่าใช้จ่ายในการยกเลิกห้องพัก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- แจ้งยกเลิกภายใน 16-30 วัน คิดค่าปรับเป็นจำนวน 30 % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- แจ้งยกเลิกภายใน 8-15 วัน คิดค่าปรับเป็นจำนวน 50 % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- แจ้งยกเลิกภายใน 0-07 วัน คิดค่าปรับเป็นจำนวน 100 % ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

อนึ่งหากท่านมีความประสงค์จะทราบรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อที่ โทร.: 062-875-2670 E-mail : info@grandvistachiangrai.com

หมายเหตุ : 1.หากต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ว่าสอบถามในนามผู้เข้าร่วมประชุมของ ชมรมรังสีการแพทย์ชุมชน
2.ราคาห้องพักดังกล่าว จะเป็นราคาพิเศษสำหรับงานประชุมระหว่างวันที่ 29 มกราคม – 1 กุมภาพันธ์ 2561 เท่านั้น

ขอแสดงความนับถือ
แกรนด์วิสตา เชียงราย



คุณนิตน์ ศรีรัตนประสิทธิ์
ผู้จัดการโรงแรม

ขอยืนยันการจองห้องพักตามรายละเอียดดังกล่าว

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง/หน่วยงาน.....