

วันที่ ๑๓/๓/๖๑

แบบฟอร์มรายงานผลการเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา
สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) วิเชต นามสกุล บุญเลี้ยง

กลุ่มงาน กุมารเวชกรรม
ได้รับอนุมัติเข้ารับการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา เรื่อง ประชุมวิชาการ อนุสาตราเวชกรรม ครั้งที่ ๑ ปี ๖๕๖
Case - Based Approach in Pediatric Practice

ระหว่างวันที่ ๑-๒ พ.ย. ๖๑ รวมระยะเวลา ๒ วัน

ณ (ระบุสถานที่จัด) ชั้น ๓ อาคาร ศัลยกรรม ๑๗ โรงพยาบาลอุดรธานี

อำเภอ จังหวัด

หน่วยงานผู้จัดฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา อนุสาตราเวชกรรม รพ. โรงพยาบาลอุดรธานี

งบประมาณที่ใช้จ่ายในการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา จำนวนรวม บาท(.....)

สรุปสาระสำคัญการฝึกอบรม / ประชุม / สัมมนา
ได้รู้ถึง แนวทางในการดูแลปัญหาในเด็ก ที่เกิดในชุมชนปัจจุบัน ที่พบข้อบกพร่อง เช่น
โรคทวารเลื่อน , ด้วงไส้ , การจัดการมารีเอ็กรู้ด้านวัยเด็กในชุมชน ,
หลอดกรวย , แผลทวาร , แผลอัมพฤกษ์

ประโยชน์ที่ได้รับและนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน คือ
ได้จัดทำประวัติ ในทวาร อุจจาระ ที่เก็บรวบรวมที่ สสจ. เพื่อส่งมอบให้คำปรึกษา
และ การดูแล ที่ในทวาร ด้วงไส้

ลงชื่อ พญ. วิเชต บุญเลี้ยง ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ศึกษาดูงาน
(.....)

ลงชื่อ (นายชยสิทธิ์ ห่อห่อ) รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
นายแพทย์เชษฐาญ (ด้านเวชกรรม)

หมายเหตุ กรุณำบันทึกตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ครบถ้วน และจัดส่งให้สำนักงานพัฒนาฯ มีสำเนาและขับเคลื่อนกำลังคน หลังจากเข้าร่วม
ประชุม / อบรม / สัมมนา ภายใน ๗ วันทำการ เพื่อบันทึกในทะเบียนประวัติส่วนบุคคล