

ที่ สธ ๐๒๓๐/ว ๗๓๕



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญประชุมการพัฒนาาระบบและเรียนรู้การจัดบริการ Intermediate care เขตสุขภาพที่ ๕
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบฟอร์มการสำรองที่พัก จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนากระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับ Thailand ๔.๐ ในส่วนของด้านความมั่นคง (Inclusive growth) โดยให้จัดทำแผนพัฒนาระบบ Intermediate care เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เตียงของโรงพยาบาลชุมชนและเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ขอให้ท่านพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

๑. ขอเชิญ ท่าน และผู้รับผิดชอบงาน Intermediate care จำนวน ๑ คน เข้าร่วมประชุมในวันจันทร์ที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมทวารวดี ๑ โรงแรมไมด้าทวารวดีแกรนด์ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

๒. คัดเลือก รพศ./รพท./รพช. ในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน เข้าร่วมเสวนาในหัวข้อ “เรียนรู้การจัดบริการ Intermediate care ในบริบทของแต่ละพื้นที่” โดยนำเสนอสิ่งที่ทีมได้ดำเนินไปแล้ว และแผนที่จะพัฒนาต่อเพื่อตอบสนอง Service Intermediate care ซึ่งมีกำหนดการตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ โดยแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมพร้อมส่ง file การนำเสนอ (ตามข้อ ๒) ไปที่ E-mail : sutatip1613@gmail.com หรือ โทรสาร ๐๓๔-๒๔๓๗๔๖ ภายในวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ทั้งนี้ ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาราชการเบิกจากงบประมาณต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕

กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร. ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๔ โทรสาร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕

ผู้ประสานงาน : คุณสุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ โทร ๐๘ ๙๑๒๙ ๙๕๓

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

ชื่อการประชุม : การจัดประชุมที่แจ่งแนวทางการดำเนินงาน Intermediate care ระดับเขต
สถานที่จัดประชุม : ห้องประชุมทวารวดี 1
วันที่จัดงาน : วันที่ 31 กรกฎาคม 2560
โดย : สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5

ราคาห้องพัก : ห้องแบบดีลักซ์ (Deluxe) พักเดี่ยว/พักคู่ ราคา 1,600.- บาท/ห้อง/คืน (ราคารวมอาหารเช้า)
เตียงเสริมสำหรับบุคคลที่สาม ราคา 800.- บาท/เตียง/คืน (ราคารวมอาหารเช้า)

- เงื่อนไขการจองห้องพัก : 1. เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพักกรุณาโอนเงินเข้าบัญชีโรงแรม ดังนี้ -
ธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาบางพลัด
ชื่อบัญชี บริษัท ออรา ดรีม จำกัด
บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ **011-2-57902-6**
2. ส่งแบบฟอร์มการจองห้องพักและกรอกรายละเอียดทั้งหมด พร้อมส่งสลิปการโอนเงินมาพร้อมกันที่
แฟกซ์ 034 966 749 หรืออีเมลล์ **rsvn2_mgnp@midahotelsandresorts.com**
ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่รับจองทางโทรศัพท์
3. กรุณาจองห้องพักกลับมาที่โรงแรมฯ **ไม่เกินวันที่ 24 กรกฎาคม 2560**
4. กรณียกเลิกการจองห้องพักกับทางโรงแรมฯ ขอให้ส่งเอกสารการยกเลิกการจองก่อนการจัดงาน
ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ ก่อนการจัดงาน (มิฉะนั้น ทางโรงแรมฯ จะขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าห้องพัก)
5. ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมโดยตรงที่ โรงแรม ไม้ด้า ทวารวดี แกรนด์ นครปฐม ที่หมายเลข 034 966 700

รายละเอียดผู้จองห้องพัก: ชื่อผู้เข้าพัก..... นามสกุล.....
ชื่อผู้เข้าพัก..... นามสกุล.....
เข้าพักวันที่ คืนห้องพักวันที่ รวม คืน
 พักเดี่ยว (1 ท่าน) พักคู่ (2 ท่าน)

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงินค่าห้องพัก (โปรดระบุโดยละเอียด)

โทรศัพท์ โทรสาร

****ในวันที่เข้าพัก ขอความกรุณาท่านนำแบบฟอร์มการจองห้องพักพร้อมใบโอนเงิน ติดมาด้วย****