



บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
วันที่ ๑๐๑๓/๕๕๕๓/
วันที่ ๑๕, ๕.๑, ๕๓
เวลา ๑๕.๒๐

ส่วนราชการ...สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โทร. ๐ ๔๓๗๗ ๗๘๖๘

ที่ มค.๐๐๓๒.๐๐๖/๑.๕๓๕ วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุญาตบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม “การประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ”
ระดับต้น และระดับกลาง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

ด้วยคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดจัดการฝึกอบรมเรื่อง

“การประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (Environmental and Health Impact Assessment)”
ระดับต้น ระหว่างวันที่ ๓๐ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๗ อัตราค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐.- บาท
(สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) และระดับกลาง ระหว่างวันที่ ๒ - ๔ กรกฎาคม ๒๕๕๗ อัตราค่าลงทะเบียน
คนละ ๖,๕๐๐.- บาท (หกพันห้าร้อยบาทถ้วน) ณ ห้องประชุมเฉลิมพระเกียรติ ๕๐ ปี คณะเวชศาสตร์เขตร้อน
ระดับละ ๓๐ คน โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมประกอบด้วยนักวิชาการทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง

ในการนี้ จึงขออนุญาตบุคลากรในหน่วยงานของท่านสมัครเข้ารับการอบรม ซึ่งผู้เข้ารับการ
อบรมที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบ
กระทรวงการคลังตามหนังสือที่ กค. ๐๔๐๙.๖/ว ๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ และสามารถเข้าร่วมอบรมได้
โดยไม่ถือเป็นวันลา ทั้งนี้ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดได้ที่
<http://www.tm.mahidol.ac.th>

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

เรียน เสนอผู้อำนวยการ

☒ เพื่อทราบ

☐ เพื่อทราบและพิจารณา

☒ เห็นควร

แจ้งวิธี ENV

เพื่อทราบและพิจารณา

นายบุญจง เจริญสุข

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

๕/๕๓ ๕๗

(นายประกาย ตบนิยากร)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

ข้าราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๕/๕๓ ๕๗

๕/๕๓ ๕๗

๕/๕๓ ๕๗

ใบสมัคร

โครงการอบรม “การประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ”

ระดับต้น และระดับกลาง

คำนำหน้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....

สมัครเข้ารับการอบรม ☐ ระดับต้น ค่าลงทะเบียน 3,500.- บาท

☐ ระดับกลาง ค่าลงทะเบียน 6,500.- บาท

โดยโอนเข้าบัญชี: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน ม.มหิดล (การฝึกอบรม) ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รพ.ราชวิถี

เลขที่บัญชี: 051-2-52402-9

หน้าที่ความรับผิดชอบ.....

ชื่อหน่วยงานที่สังกัด.....

ที่อยู่..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

มือถือ..... E-mail.....

อาหาร ☐ ทวีป ☐ มังสวิรัติ ☐ มุสลิม

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

วันที่

โปรดส่งใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมไปที่ ภาควิชาเวชศาสตร์สังคมและสิ่งแวดล้อม คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ภายในวันที่ 13 มิถุนายน 2557 ทางโทรสารหมายเลข 0 2306 9179