ที่ สธช. ๐๒ / ว๘๓

สภาการสาธารณสุขชุมชน
๘๘/๒๐ อาคาร ๕ ชั้น ๕ ตึก สป.สธ.
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๙

**เรื่อง** ขอเชิญเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพของสถาบันหลัก/สถาบันสมทบของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน

**เรียน** อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

**สิ่งที่ส่งมาด้วย** โครงการพัฒนาศักยภาพของสถาบันหลัก/สถาบันสมทบของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และกำหนดการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสภาการสาธารณสุขชุมชน โดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้ดำเนินการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพของสถาบันหลัก/สถาบันสมทบของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิด ข้อบังคับ ประกาศสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการขอรับรองหลักสูตรหรือกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องฯ สร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการขอรับรองการเป็นสถาบันหลัก/สถาบันสมทบ และอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการจัดกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้รับผิดชอบสถาบันหลัก/สถาบันสมทบ และผู้แทนหน่วยงานอื่นๆ ที่สนใจจะขอขึ้นทะเบียน กลุ่มเป้าหมายจำนวน ๑๐๐ คน โดยกำหนดจัดขึ้นในวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ ในรูปแบบออนไลน์ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ สภาการสาธารณสุขชุมชนได้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่สถาบันต่างๆ ให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง และเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ จึงขอเชิญคณาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบสถาบันหลัก/สถาบันสมทบ จำนวน ๕๐ คน และ ผู้แทนหน่วยงานอื่นๆ ที่สนใจจะขอขึ้นทะเบียน จำนวน ๕๐ คน โดยสามารถสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ตาม QR-CODE ด้านล่าง ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ (หรือจนกว่าที่นั่งจะเต็ม)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรด้านสาธารณสุขในหน่วยงานของท่านทราบ ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์วรพจน์ พรหมสัตยพรต)
นายกสภาการสาธารณสุขชุมชน

**แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ**

**ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน**
**ฝ่ายพัฒนาหลักสูตรและหรือกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่อง**
โทร. ๐ ๒๐๕๕ ๖๕๘๕

**แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพของสถาบันหลัก/สถาบันสมทบ**
**ของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน**
**รูปแบบออนไลน์ วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๙**

**********

๑. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
E-mail.....

๒. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
E-mail.....

๓. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
E-mail.....

๔. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
E-mail.....

๕. นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
E-mail.....

การตอบรับเข้าร่วม

☐ ยินดีเข้าร่วมได้ ☐ ไม่สามารถเข้าร่วมได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../๒๕๖๙

**หมายเหตุ**

๑. กรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๙ มาที่ สำนักงานเลขาธิการสภาการสาธารณสุขชุมชน โทร ๐ ๒๐๕๕ ๖๕๘๕ หรือ E-mail ccph.health@gmail.com