



โรงพยาบาลสุราษฎร์ฯ

5110

29/๐๙/๖๔

16/๘

๑๑

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑  
ถนนกรุงรามาภูร์ อำเภอเมืองฯ  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐

ที่ สธ ๐๒๓๖/ว ๒๕๗๖

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

เลขที่รับ ๕๕๙

รับที่ ๑๕ ๗.๙.๖๔

เวลา ๑๕.๓๐

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การรับสมัครแพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ และสาขาแพทย์กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกท่าน /ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุนย์/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป  
ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๒๐.๐๕/ว ๑๙๐๒

ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๔

จำนวน ๑ ฉบับ ✓

๒. ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

จำนวน ๒ ฉบับ ✓

ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังมี  
ผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกวัน ส่งผลให้แพทย์สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อและกุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ<sup>1</sup>  
มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาโรคดังกล่าว แต่เนื่องจากในปัจจุบันจำนวนบุคลากรแพทย์อายุรศาสตร์  
โรคติดเชื้อและแพทย์กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและอาจจะไม่เพียงพอต่อการให้บริการ คณะกรรมการกำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์  
การจัดสรรគุฒา และการล่าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีมติให้  
โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีอัตรากำลังแพทย์อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ และ  
แพทย์กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยให้ถือว่า ๒ สาขาดังกล่าวเป็นสาขาส่งเสริมพิเศษตามนโยบาย  
เพิ่มจาก ๔ สาขาเดิมที่มีอยู่ก่อนแล้วคือ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงระบบวิทยา)  
สาขาศัลยศาสตร์ และสาขาประสาทศัลยศาสตร์

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ ขอประชาสัมพันธ์การรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน  
สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ และสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ หากหน่วยงานของท่านมีแพทย์แสดงความ  
ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมในสาขาดังกล่าว ให้ส่งใบสมัครมาที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑ ทั้งนี้แพทย์ต้องมีคุณสมบัติการรับทุนต้นสังกัดครบตามที่สำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุขกำหนด โดยสามารถขอรับทุนต้นสังกัดได้จนถึงวันเปิดการศึกษาของแต่ละปีการศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการประชาสัมพันธ์ต่อไป

เรียน พอก.รพ.สิชล

ขอแสดงความนับถือ

- เพื่อทราบ
- เพื่อพิจารณา
- แจ้ง... ๑๕/๒๐

๒๐/๖๔๖๔  
๑๔

(นายมนู ลักษณกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๑

- ๗๙๖๒๐๙๗๐๗๗

๗๙๖๒๐๙๗๐๗๗

๗๙๖๒๐๙๗๐๗๗

๗๙๖๒๐๙๗๐๗๗

(นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

๑๔ ๗.๑.๖๔๖๔

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๗๗๒๗ ๒๗๘๔ ต่อ ๓๐๑

โทรสาร ๐ ๗๗๒๘ ๘๐๓๒

ผู้ประสานงาน นายเกียรติศักดิ์ แก้วรัก

๗๙/๖๔  
๑๔/๖๔

๑๔/๖๔

๑๔/๖๔



ห้อง ผศร. ๑๑  
เลขที่ ๒/๓  
วันที่รับ ๑๕.๒๙  
เวลา

สำนักงานเขตพื้นที่๑๓  
เขตพื้นที่ ๓๓๕๓  
วันที่ ๒๗ กย ๒๕๖๔  
เวลา ๙:๔๙ น

กบจ.๑๓๕๓  
เลขที่ ๔๕๑๕  
วันที่ ๓ ก.ค. ๒๕๖๔  
เวลา ๑๘:๐๗

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๑๙๔๑

ที่ สธ ๐๒๒๐.๐๕/๙๔๐๔

วันที่ ๒๗ กันยายน ๒๕๖๔

เรื่อง ส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแพทย์อาชญากรรมและแพทย์อาชญากรรมเชือ

และแพทย์กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒

ด้วย สถานการณ์ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกวัน ส่งผลให้แพทย์สาขาอาชญากรรมและแพทย์อาชญากรรมเชือ และกุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษาโรคดังกล่าว แต่เนื่องจากในปัจจุบันจำนวนบุคลากรแพทย์อาชญากรรมและแพทย์อาชญากรรมเชือ และกุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นและอาจจะไม่เพียงพอต่อการให้บริการ คณะกรรมการกำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์ การจัดสรรเวลา และการลากศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีมติให้ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีอัตรากำลังแพทย์อาชญากรรมและแพทย์อาชญากรรมเชือ และกุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยให้อธิบายว่า ๖ สาขาดังกล่าวเป็นสาขาส่งเสริมพิเศษตามนโยบาย เพิ่มจาก ๔ สาขาเดิมที่มีอยู่ก่อนแล้วคือ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน(แขนงระบบดิวิทยา) สาขาศัลยศาสตร์ และสาขาประสาทศัลยศาสตร์

ในการนี้ สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ขอเรียนว่าสาขาส่งเสริมพิเศษตามนโยบาย มีความหมายดังนี้

๑. โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หากมีแพทย์ประจำบ้านที่เข้ารับการฝึกอบรมในอนุสาขาอาชญากรรมและอนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ และมีคุณสมบัติ การรับทุนต้นสังกัดครบตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด สามารถขอรับทุนต้นสังกัดได้จนถึงวันเปิดการศึกษาของแต่ละปีการศึกษา

๒. การขอรับทุนต้นสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอาจอนุมัติได้มากกว่าจำนวน ตำแหน่งฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของแพทย์สาขา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องเพื่อทราบต่อไป จะเป็นพระคุณ

ทราบ

มอบ

- สธน.๑๑
- ผช.ผศร.๑๑
- หน.๑๑
- COO
- CPLO
- CPPO
- CHRO
- CIMO
- CPSO
- CIO
- CSO
- CFO
- CRIO

26 ก.ย. ๖๔

(นายพิทักษ์พล บุญยมภิก)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง

(นายชวศักดิ์ กนกันพงษ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานบริหาร

โครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

เงื่อน CHRO แห่งภาคที่ ๑๑

- เป็นปัจจุบัน

- สพพ. ส่งเสริมให้พ. ใบสั่งกต. สป. วิชาชีพฯ ภาคที่ ๑๑

โดยต่อไปจะแพทย์แผนการเวชภัณฑ์โรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น

โดยต่อไปจะแพทย์แผนการเวชภัณฑ์โรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น

วันที่ ๒๗ ก.ย. ๒๕๖๔

ผู้อำนวยการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๑๗ ก.ย. ๒๕๖๔

วันที่ ๒๗ ก.ย. ๒๕๖๔

# ใบสมัครเข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

๑. ชื่อ(นาย /นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
เลขที่บัตรประชาชน.....  
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....  
ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....อัตราเงินเดือน..... บาท  
๒. เกิดวันที่ .....เดือน..... พ.ศ..... อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน  
(นับถึงวันเปิดการศึกษา ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ )  
๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน ฝ่าย / กลุ่มงาน.....  
โรงพยาบาล..... อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว.....  
โทรศัพท์มือถือ .....e-mail.....  
๔. สถานที่ติดต่อได้สะดวกรวดเร็ว (นอกเหนือจากสถานที่ปฏิบัติงาน)  
บ้านเลขที่ .....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
๕. สำเร็จการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจาก.....  
เมื่อปีการศึกษา..... เริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... บรรจุเป็นข้าราชการในตำแหน่งแพทย์ สังกัดสำนักงานปลัด  
กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
รวมระยะเวลาตั้งแต่ปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์ เป็นเวลา.....ปี.....เดือน  
(นับถึงวันเปิดการศึกษา ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ )  
๖. ล่าสุดและฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านครั้งสุดท้ายในสาขา.....(สาขาพื้นฐานสำหรับสมัครสาขาต่อยอด)  
สถาบันการศึกษา.....  
เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
กลับมาปฏิบัติราชการซึ่งใช้ทุนในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
รวมเป็นเวลา.....ปี.....เดือน (นับถึงวันเปิดการศึกษา ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ )  
๗. สถานะแพทย์ของผู้สมัคร  
 ๑.แพทย์ทั่วไป(จับฉลากชดใช้ทุนรัฐบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)  
 ๒.แพทย์ CPIRD จังหวัด(ระบุ).....  
 ๓.แพทย์ ODOD จังหวัด(ระบุ).....  
 ๔.แพทย์ที่เป็นข้าราชการล่าสุด (NEW TRACK)  
 ๕.แพทย์ที่ไม่ใช่ทุนรัฐบาล  
 ๖.แพทย์โอนมาจากกรมอื่น ในกระทรวงสาธารณสุข  
 ๗.แพทย์โอนมาจากส่วนราชการอื่นจากนอกกระทรวงสาธารณสุข หรือบรรจุกลับเข้ารับราชการฯ  
 ๘.แพทย์ที่เลี้ยงในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท หรือ แพทย์ที่เคยเป็นแพทย์ที่เลี้ยงฯ  
 ๙.แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในโครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท หรือแพทย์ที่เคยเป็นแพทย์ในโครงการฯ  
 ๑๐.แพทย์ที่ปฏิบัติงานในจังหวัด ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และ ๔ อำเภอของสงขลา ได้แก่  
 อำเภอเทพา อำเภอนาทวี อำเภอสะบ้าย้อย และอำเภอจะนะ  
 ๑๑.แพทย์ที่สมัครเข้ารับทุนต้นสังกัดเข้าศึกษาฝึกอบรมในสาขาวิชาต่อยอด (อนุสาขา)

๔. สาขาวิชา และ ต้นสังกัดที่สมัคร

๔.๑ สาขา หลัก / ยอดนิยม / ขาดแคลน (เลือกได้ ๑ สาขา และ ๒ គोต้าต้นสังกัดเท่านั้น)

ชื่อสาขา..... รหัสวิชา.....

គोต้าต้นสังกัดที่สมัคร

ลำดับที่ ๑ (เลือกได้อย่างโดยย่างหนึ่ง)

- โรงพยาบาล..... จังหวัด..... หรือ  
 เขตสุขภาพที่(ระบุ).....

ลำดับที่ ๒ (เลือกได้อย่างโดยย่างหนึ่ง)

- โรงพยาบาล..... จังหวัด..... หรือ  
 เขตสุขภาพที่(ระบุ).....

๔.๒ สาขាដ้อยอด (อนุสาขา) (เลือกได้ ๑ สาขา และ ๑ គोต้าต้นสังกัดเท่านั้น)

ชื่อสาขา..... รหัสวิชา.....

គोต้าต้นสังกัดที่สมัคร (เลือกได้อย่างโดยย่างหนึ่ง)

- โรงพยาบาล..... จังหวัด..... หรือ  
 เขตสุขภาพที่(ระบุ).....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

๔.๓ ผลการตรวจสอบคุณสมบัติแพทย์ที่สมัครเข้าศึกษาฝึกอบรมพบร่วม

มี  ไม่มี คุณสมบัติตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “การรับสมัครแพทย์เข้าศึกษาฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕”

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบคุณสมบัติ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

หมายเหตุ : ผู้ตรวจสอบคุณสมบัติแพทย์ หมายถึง

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่แพทย์ปฏิบัติราชการปัจจุบัน  
(สำหรับแพทย์ปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลชุมชน)
๒. โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ที่แพทย์ปฏิบัติราชการปัจจุบัน  
(สำหรับแพทย์ปฏิบัติราชการ โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป)