

ที่ สปสช ๕.๓๔/ว. ๑๕๐๐

๕๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญประชุมคัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนระดับจังหวัด เพื่อเข้าไปคัดเลือกเป็นกรรมการตาม  
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

เรียน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์)

สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) กำหนดการประชุมคัดเลือก จำนวน ๑ ฉบับ  
(๒) แบบตอบรับการประชุม จำนวน ๑ ฉบับ  
(๓) แบบหนังสือรับรองตนเองของผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบการศิลปะ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ จะครบวาระใน  
วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวได้กำหนดให้มีการคัดเลือกกันเองของผู้ประกอบวิชาชีพ  
ผู้ประกอบการศิลปะ เพื่อเป็นกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ จำนวน ๑๐  
สาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

- (๑) วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์
- (๒) วิชาชีพทันตกรรม
- (๓) วิชาชีพเภสัชกรรม
- (๔) วิชาชีพกายภาพบำบัด
- (๕) วิชาชีพเทคนิคการแพทย์
- (๖) สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- (๗) สาขารังสีเทคนิค
- (๘) สาขากิจกรรมบำบัด
- (๙) สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
- (๑๐) สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๙ นครราชสีมา จะจัดประชุมเพื่อให้คัดเลือกกันเองเป็น  
ผู้แทนของผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบการศิลปะ ในระดับจังหวัด โดยแต่ละจังหวัดให้คัดเลือกตัวแทนได้สาขา  
วิชาชีพละ ๑ คนและเป็นผู้แทนเข้าไปคัดเลือกเป็นกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.  
๒๕๔๕ ตามรายละเอียดดังนี้

- (๑) จังหวัดชัยภูมิ ในวันพุธที่ ๑๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๓.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมโรงแรมสยามริเวอร์ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

- (๒) จังหวัดนครราชสีมา ในวันพุธที่ ๑๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๓.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมโรงแรมดิอิมพีเรียล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

(๓) จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันพฤหัสบดีที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๓.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมโรงแรมเครสโค อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

(๔) จังหวัดสุรินทร์ ในวันศุกร์ที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๓.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมโรงแรมทองธารินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๙ นครราชสีมา จึงขอส่งหนังสือเชิญดังกล่าว  
มา แจ้งเพื่อทราบและขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้แก่หน่วยงานและบุคลากรในสังกัดของท่านทราบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางลลิตยา กองคำ)

ผู้อำนวยการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๙ นครราชสีมา

กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และประเมินผล

โทรศัพท์ ๐ ๔๔๒๔ ๘๘๗๐ - ๔ โทรสาร ๐ ๔๔๒๔ ๘๘๗๕

ผู้รับผิดชอบ : นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๒๔๖ ๕๗๕๕

FM-402-01-007

ฉบับที่ : 04

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2559



กำหนดการประชุมคัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนระดับจังหวัด ของ สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา  
เพื่อเข้าไปคัดเลือกเป็นกรรมการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

\*\*\*\*\*

- วันที่ ๑๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ณ โรงแรมสยามริเวอร์ จังหวัดชัยภูมิ  
 วันที่ ๑๘ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ณ โรงแรมดิอิมพีเรียล จังหวัดนครราชสีมา  
 วันที่ ๑๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ณ โรงแรมเครสโค จังหวัดบุรีรัมย์  
 วันที่ ๒๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ณ โรงแรมทองธารินทร์ จังหวัดสุรินทร์

๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ น.	ลงทะเบียน
๐๙.๓๐ – ๐๙.๔๕ น.	เปิดการประชุม และชี้แจงนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย ผู้อำนวยการ สปสช. เขต ๙ นครราชสีมา หรือผู้แทน
๐๙.๔๕ – ๑๐.๓๐ น.	- วัตถุประสงค์และนำสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - บทบาทหน้าที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทคณะกรรมการควบคุม คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข - ชี้แจงหลักเกณฑ์ และวิธีการคัดเลือก โดย นายตราตรี นาคติลล ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สปสช. เขต ๙ นครราชสีมา
๑๐.๓๐ – ๑๐.๔๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๔๕ – ๑๒.๐๐ น.	ประชุมแบ่งกลุ่ม เพื่อคัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนระดับจังหวัด กลุ่มที่ ๑ วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ กลุ่มที่ ๒ วิชาชีพทันตกรรม กลุ่มที่ ๓ วิชาชีพเภสัชกรรม กลุ่มที่ ๔ วิชาชีพกายภาพบำบัด กลุ่มที่ ๕ วิชาชีพเทคนิคการแพทย์ กลุ่มที่ ๖ สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ กลุ่มที่ ๗ สาขารังสีเทคนิค กลุ่มที่ ๘ สาขากิจกรรมบำบัด กลุ่มที่ ๙ สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก กลุ่มที่ ๑๐ สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย กลุ่มที่ ๑๑ ผู้แทนเทศบาลระดับจังหวัด (เฉพาะจังหวัดนครราชสีมา และสุรินทร์) กลุ่มที่ ๑๒ ผู้แทนองค์การบริหารส่วนตำบลระดับจังหวัด (เฉพาะจังหวัดนครราชสีมา และสุรินทร์) ปิดประชุม
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๙ นครราชสีมา  
๑๕๔/ ๑ อาคารราชสีมาเซนเตอร์ ชั้น ๓ ถ. มนัส ต. ในเมือง อ.เมือง จ. นครราชสีมา ๓๐๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐-๔๕๒๔-๘๘๗๐-๔ โทรสาร ๐-๔๕๒๔-๘๘๗๕

### แบบตอบรับ

การประชุมคัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนระดับจังหวัด ของ สปสข.เขต ๙ นครราชสีมา  
เพื่อเข้าไปคัดเลือกเป็นกรรมการ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

ข้าพเจ้า นาย ,นาง,นางสาว .....  
หน่วยงาน .....จังหวัด .....  
ตำแหน่ง.....  
เบอร์โทรศัพท์..... email .....

ยินดีเข้าร่วมประชุมคัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนระดับจังหวัด

[ ] นครราชสีมา [ ] ชัยภูมิ [ ] บุรีรัมย์ [ ] สุรินทร์

เป็นผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ประกอบโรคศิลปะ

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| [ ] วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ | [ ] วิชาชีพทันตกรรม                           |
| [ ] วิชาชีพเภสัชกรรม             | [ ] วิชาชีพกายภาพบำบัด                        |
| [ ] วิชาชีพเทคนิคการแพทย์        | [ ] สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์                |
| [ ] สาขารังสีเทคนิค              | [ ] สาขากิจกรรมบำบัด                          |
| [ ] สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก  | [ ] สาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย |

ลงชื่อ .....  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ : ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้ประกอบโรคศิลปะให้นำหนังสือรับรองตนเองมาแสดงในวันคัดเลือกด้วย

กรุณาส่งแบบตอบรับได้ที่

๑. ส่งแฟกซ์ที่หมายเลข ๐๔๔ - ๒๔๘๘๗๕
๒. Email : wanta.w@nhso.go.th ภายในวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๒

หนังสือรับรอง  
บุคคลผู้ประสงค์ใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการ และ/หรือ แต่งตั้งให้เป็นกรรมการ  
ในสัดส่วนผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ  
ในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

---

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) .....

เลขที่บัตรประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ สาขา .....

ใบอนุญาตเลขที่ ..... วันออกบัตร ..... วันบัตรหมดอายุ .....

ปัจจุบัน ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาล (ชื่อ) .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ทั้งนี้ ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง มาด้วยแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและสำเนาเอกสารที่แนบมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
ในกรณีที่ตรวจพบข้อความและสำเนาเอกสารที่แนบมาข้างต้นนี้เป็นเท็จและก่อให้เกิดความเสียหาย  
แก่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหรือผู้อื่น ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น  
ทั้งทางแพ่งและทางอาญาทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....