

ที่ สปลช. ๕.๓๔/ว.๐๒๐๑

๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญประชุมคัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนระดับจังหวัด เพื่อเข้าไปคัดเลือกเป็นกรรมการตาม
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน ทุกแห่ง

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

ด้วยกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ จะครบวาระใน
วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ และตามพระราชบัญญัติดังกล่าวได้กำหนดให้มีการคัดเลือกกันเองของผู้ประกอบวิชาชีพ
ผู้ประกอบโรคศิลปะ 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 ผู้ประกอบโรคศิลปะ ในระดับจังหวัด โดยแต่ละจังหวัดให้คัดเลือกตัวแทนได้สาขา
วิชาชีพละ ๑ คนและเป็นผู้แทนเข้าไปคัดเลือกเป็นกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
๒๕๔๕ สมัยวาระ พ.ศ.๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ ตามกำหนดการ ดังนี้

(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 จึงขอเชิญผู้ประกอบการวิชาชีพ
และผู้ประกอบโรคศิลปะ ในหน่วยงานของท่าน เข้าร่วมประชุมเพื่อคัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนระดับจังหวัด ตาม
กำหนดการข้างต้น โดยค่าใช้จ่ายในการเดินทางเบิกจ่ายจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาแจ้งและอนุมัติบุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมประชุมคัดเลือกเป็นผู้แทน
ระดับจังหวัด ในวัน เวลา ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางลลิตยา กองคำ)

ผู้อำนวยการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 นครราชสีมา

กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และประเมินผล

โทรศัพท์ ๐ ๔๔๒๔ ๘๘๗๐ - ๔ โทรสาร ๐ ๔๔๒๔ ๘๘๗๕

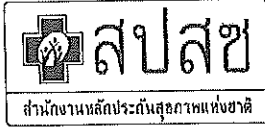
ผู้รับผิดชอบ : นางวันทา หวังเลี้ยงกลาง โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒-๒๔๖ ๕๗๕๕



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 นายตราศรี นาคติลก 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 ๐-๕๔๒๔-๘๘๗๐-๔ โทรสาร ๐-๕๔๒๔-๘๘๗๕

แบบตอบรับ

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

ข้าพเจ้า นาย ,นาง,นางสาว

หน่วยงานจังหวัด

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 ๐๕๔ - ๒๔๘๘๗๕

๒. Email : wanta.w@nhso.go.th ภายในวันที่ ๖ 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.....

(.....)

วันที่เดือน พ.ศ.