

ใบสมัครโครงการอบรมระยะสั้น (๔ เดือน) ทันตสาธารณสุข สำหรับทันตแพทย์ ปี ๒๕๖๗

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

กรุณาอ่านโครงการให้ละเอียดก่อนกรอกใบสมัครให้สมบูรณ์

ชื่อผู้สมัคร (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....
รับราชการเมื่อพ.ศ.....การศึกษาต่อหลังปริญญา.....
สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....ที่อยู่.....
อีเมล.....โทรศัพท์มือถือ.....Line.....
บทบาทหน้าที่หลักในปัจจุบัน.....

เหตุผลที่ต้องการเข้ารับการอบรม

- พัฒนาศักยภาพทางด้านงานส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่
- เพื่อประกอบการเลื่อนระดับเป็นทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ในการทำงานวิจัย
- อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

กลุ่มวิชาที่สมัครอบรม

- การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และกลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพ ค่าลงทะเบียน ๔,๐๐๐ บาท
วันที่ ๒๕ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๗ (๕ วัน)
- โครงการและการวิจัยประเมินผล ค่าลงทะเบียน ๔,๐๐๐ บาท
วันที่ ๒๒ - ๒๖ เมษายน ๒๕๖๗ (๕ วัน)
- การเขียนบทความวิชาการ และจริยธรรมการวิจัยด้านสุขภาพช่องปาก ทันตแพทยศาสตร์เชิงประจักษ์ และการประเมินอย่างมี
วิจารณ์ญาณ ค่าลงทะเบียน ๔,๐๐๐ บาท
วันที่ ๒๗ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ (๕ วัน)
- การบริหารงานทันตสาธารณสุข และความคิดรวบยอดเชิงระบบ ค่าลงทะเบียน ๔,๐๐๐ บาท
วันที่ ๒๔ - ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๗ (๕ วัน)
- อบรมทั้ง ๔ กลุ่มวิชา ค่าลงทะเบียน ๑๔,๐๐๐ บาท
**** กรณีสมัครทั้ง ๔ กลุ่มวิชา ขอให้เตรียมหัวข้อต่อไปน้มาในวันอบรม ****
๑.ชื่อเรื่องวิจัย ๒.คำถามวิจัย ๓.เหตุผลที่ต้องการทำเรื่องนี้ ๔.วัตถุประสงค์ ๕.การนำไปใช้ประโยชน์

คำรับรองการเข้าอบรม และการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและต้นสังกัดอนุมัติให้สมัครอบรมและสนับสนุนให้
เข้าอบรม และจะเข้าอบรมพร้อมทั้งส่งงานตามกำหนด ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารต่อไปนี้มาพร้อมใบสมัครนี้ด้วย

- หนังสืออนุมัติจากต้นสังกัด ลงนามโดยผู้บังคับบัญชา เรียบนอธิบดีกรมอนามัย

(ลงชื่อผู้สมัคร).....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่งหนังสืออนุมัติและใบสมัครภายในวันที่ ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ สามารถสแกนเอกสารส่งมาก่อนได้ที่
อีเมล namkajeab2012@gmail.com และส่งเอกสารตัวจริง หนังสือเรียนอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวฉวีวรรณ รานวล โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๔๒๑๓ , ๐ ๒๕๕๐ ๔๔๗๙