**แบบฟอร์ม**

**การขอศึกษาดูงาน/ การฝึกอบรม/ การฝึกปฏิบัติงาน**

**สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

**1. ชื่อหน่วยงาน/ สถาบัน**

..............................................................................................................................................................................

**2. ที่อยู่**

..............................................................................................................................................................................

**3. โทรศัพท์ติดต่อ**..........................................................**โทรสาร**.........................................................................

**4. ผู้ประสานงาน (นาย/นาง/นางสาว)**..............................................................................................................

**๕. โทรศัพท์ติดต่อ**...........................................................**โทรสาร**........................................................................

**๖. หน่วยงานที่ท่านความประสงค์ขอ** 🗆 **ศึกษาดูงาน** 🗆 **ฝึกปฏิบัติงาน**

**6.1 ด้านอำนวยการ 6.2 ด้านบริการจิตเวชและสุขภาพจิต**

🗆 กลุ่มงานบริหารทั่วไป 🗆 กลุ่มงานสนับสนุนบริการทางแพทย์และจิตเวช

🗆 กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล 🗆 กลุ่มงานการแพทย์จิตเวชเด็กและวัยรุ่น

🗆 กลุ่มงานการเงินและบัญชี 🗆 กลุ่มงานเภสัชกรรม

🗆 กลุ่มงานพัสดุ 🗆 กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ

🗆 กลุ่มงานอาคารสถานที่ 🗆 กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

🗆 กลุ่มงานจิตวิทยา

🗆 กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

🗆 กลุ่มงานเวชระเบียน

**6.3 ด้านบริการพยาบาล 6.4 ด้านพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ**

🗆 กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 🗆 กลุ่มงานวิจัยพัฒนาและฝึกอบรม

🗆 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน 🗆 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ

🗆 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 🗆 กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

🗆 กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 🗆 กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ

**6.5 ด้านพัฒนาเครือข่ายบริการ 6.6 สำนักอำนวยการ**

🗆 งานขับเคลื่อนนโยบายและแผนงาน 🗆 สำนักอำนวยการ

🗆 งานนิเทศน์เขตบริการสุขภาพ

🗆 งาน MCATT

**๖.7 ความต้องการเฉพาะด้านอื่น ๆ โปรดระบุ (ถ้ามี)**

**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**7. หลักสูตรที่ท่านประสงค์ขอ** 🗆 **ฝึกอบรม**

**7.1 หลักสูตรปฐมวัย**

🗆 โปรแกรม ส่งเสริมวินัยเชิงบวกและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Preschool. Parenting. Program :Triple – p)

🗆 โปรแกรม การประเมินวินิจฉัยออทิสติกระยะแรกเริ่มด้วยเครื่องมือ ( Thai Diagnostic Autism Scale : TDAS )

🗆 โปรแกรม เด็กไทยคิดเป็น คิดได้ คิดให้ ด้วยสายใยผูกพัน (Creation , Positive , Response to society : CPR)

🗆 โปรแกรม ประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัย ที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention :TEDA4I)

**7.2 หลักสูตรวัยเรียน**

🗆 โปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครอง เพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (School and Family Empowerment for Behavioral Modification : SAFE B-MOD)

🗆 หลักสูตรการฝึกอบรมวิทยากร กระบวนการโปรแกรมเสริมพลังครูและผู้ปกครอง เพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน (TOT SAFE B-MOD )

🗆 โปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง ถึงวิธีการปรับพฤติกรรม (Parent Management Training program : PMT )

**7.3 หลักสูตรวัยรุ่น**

🗆 โปรแกรมเสริมพลังครู เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น (School and Family Empowerment Behavioral Modification Adolescent : Safe B - Mod A

🗆 โปรแกรมการให้การปรึกษาวัยรุ่น

🗆 โประแกรมการฝึกสติ เพื่อการยอมรับและพัฒนาตนเอง : จับใจ Mind Fulness – basedacceptance and Self development : MBASD)

**8. ระยะเวลาที่ท่านประสงค์จะเข้า ศึกษาดูงาน/ ฝึกปฏิบัติงาน/ ฝึกอบรม**

**ตั้งแต่วันที่**…………………………...…….....……..**ถึงวันที่**..............................................**รวม**...........**วัน**................**เดือน**

**9. จำนวนผู้ที่ประสงค์ จะเข้าศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ครั้งนี้ จำนวน**..............................**คน ดังรายชื่อที่แนบท้ายมาพร้อมนี้**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ – นามสกุล** | **ตำแหน่ง** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |

ลงชื่อ.................................................................ผู้ประสานงาน

(................................................................)

ตำแหน่ง...................................................

วันที่..............เดือน.............................พ.ศ. ................