

## ขั้นตอนการติดต่อศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน

### กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

#### งานสอนและฝึกอบรมทางคลินิก

#### สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. ติดต่อสอบถาม เรื่องการศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน กับหน่วยงานที่ท่านต้องการติดต่อศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน หรือ งานสอนและฝึกอบรมทางคลินิก (Training Center) เบอร์ 043 - 910770 - 1 ต่อ (1119) โดยให้ท่าน แจ้งชื่อหน่วยงานที่ท่านต้องการติดต่อศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน เพื่อโอนสายไปยังผู้รับผิดชอบในหน่วยงานนั้นๆ และโปรดแจ้งล่วงหน้า ก่อนมาศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 30 วัน ทำการ

2. เมื่อหน่วยงานที่ท่านต้องการติดต่อศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน รับทราบแล้ว หน่วยงานจะแจ้งวัน เวลา ที่สะดวก ในการรับศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ให้ท่านทราบ โดยให้ท่านส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน จากหน่วยงานของท่าน โดยระบุรายละเอียดให้ชัดเจน ให้เรียนถึงผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน ทำการ

3. ให้ท่านกรอกแบบฟอร์มการขอศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน โดยแนบแบบฟอร์มดังกล่าวมาพร้อมกับหนังสือขอความอนุเคราะห์ศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน และส่งหลักฐานการชำระเงินถึงหัวหน้างานสอนและฝึกอบรมทางคลินิก (Training Center) มาทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [ecnecam2019@gmail.com](mailto:ecnecam2019@gmail.com) และสามารถรับใบเสร็จจ่ายเงิน ในวันที่มาศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน โดยค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้เป็นไปตามประกาศ เรื่อง อัตราค่าธรรมเนียมการศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ให้ท่านโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร เพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาขอนแก่น ชื่อบัญชี “สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ประเภท บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่ 010 - 068 - 108 - 361

4. หน่วยงานจะดำเนินการ จัดทำหนังสือราชการ ตอบรับการเข้าศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ไปยังหน่วยงานของท่าน ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 20 วัน ทำการ

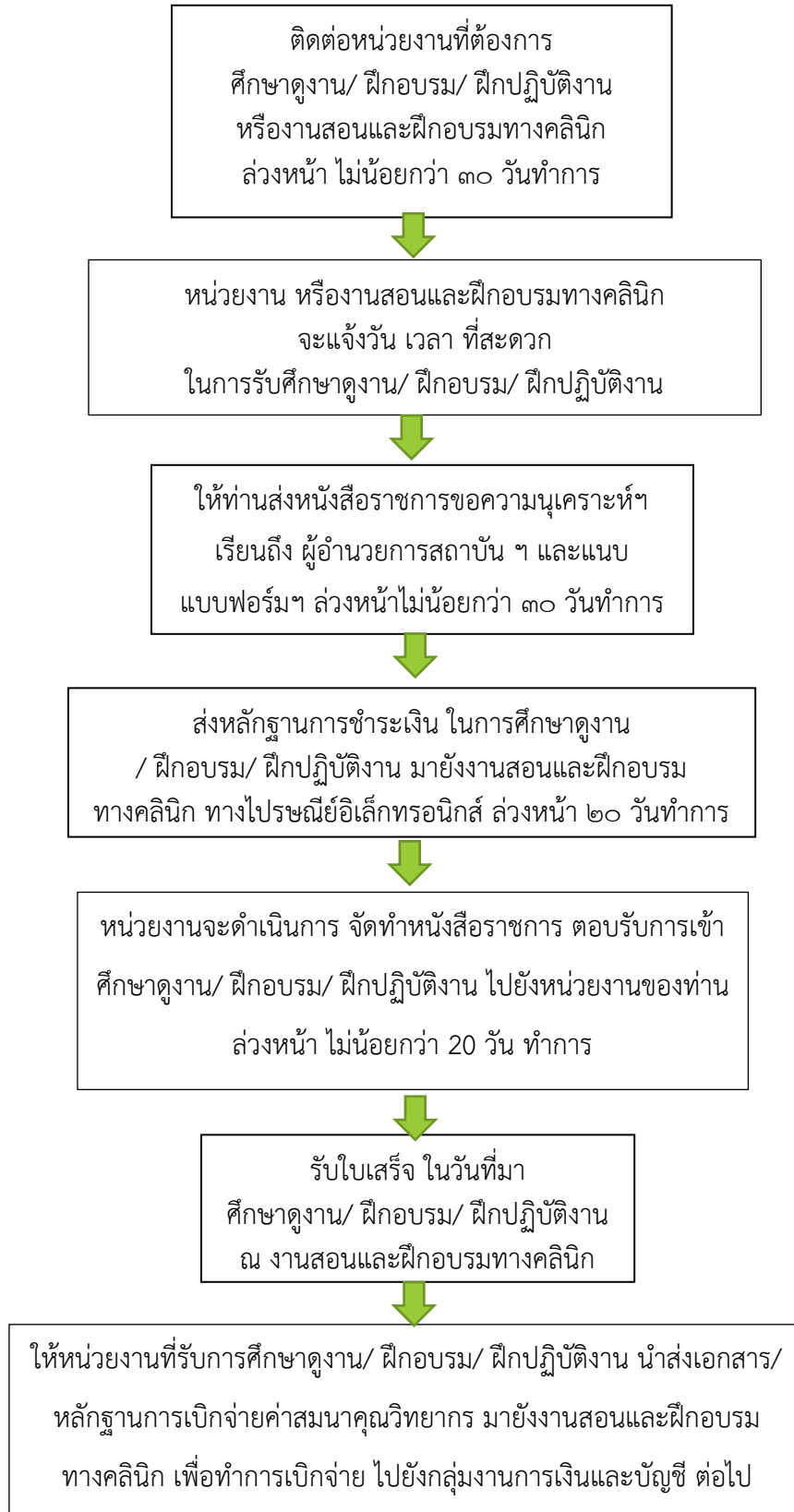
5. ให้หน่วยงานที่รับการศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน นำส่งเอกสาร/ หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าสมนาคุณวิทยากร มายังงานสอนและฝึกอบรมทางคลินิก เพื่อรวบรวมเอกสารดังกล่าวนำไปเบิกจ่าย ณ กลุ่มงานการเงินและบัญชี ต่อไป

## แผนผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน flowchart

เรื่อง ขั้นตอนการติดต่อศึกษาดูงาน/ การฝึกอบรม/ การฝึกปฏิบัติงาน

กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต กลุ่มงานสนับสนุนบริการทางการแพทย์

งานสอนและฝึกอบรมทางคลินิก



แบบฟอร์ม

การขอศึกษาดูงาน/ การฝึกอบรม/ การฝึกปฏิบัติงาน  
กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชและสุขภาพจิต กลุ่มงานสนับสนุนบริการทางการแพทย์  
งานสอนและฝึกอบรมทางคลินิก  
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๑. ชื่อหน่วยงาน/ สถาบัน

.....

๒. ที่อยู่

.....

๓. โทรศัพท์ติดต่อหน่วยงาน..... โทรสาร.....

๔. ผู้ประสานงาน (นาย/นาง/นางสาว).....

๕. โทรศัพท์ติดต่อเคลื่อนที่.....

๖. หน่วยงานที่ท่านประสงค์จะขอ  ศึกษาดูงาน  ฝึกปฏิบัติงาน

๖.๑ ด้านอำนวยการ

- กลุ่มงานบริหารทั่วไป
- กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
- กลุ่มงานการเงินและบัญชี
- กลุ่มงานพัสดุ
- กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน
- กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ

๖.๒ ด้านบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

- กลุ่มงานสนับสนุนบริการทางการแพทย์และจิตเวช
- กลุ่มงานการแพทย์จิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- กลุ่มงานเภสัชกรรม
- กลุ่มงานการศึกษาพิเศษ
- กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
- กลุ่มงานจิตวิทยา
- กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์
- กลุ่มงานเวชระเบียน

๖.๓ ด้านการพยาบาล

- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน
- กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
- กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

๖.๔ ด้านพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ

- กลุ่มงานพัฒนาเครือข่ายและนวัตกรรม
- กลุ่มงานพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการ
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงาน

๖.๕ สำนักอำนวยการ/ งานเลขานุการ

- สำนักอำนวยการ/ งานเลขานุการ

## ๖.๖ ความต้องการเฉพาะด้านอื่นๆ โปรดระบุ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

## ๗. หลักสูตรที่ท่านประสงค์จะขอ ฝึกอบรม

### ๗.๑ 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)

### ๗.๒ 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 )

### ๗.๓ หลักสูตรวัยรุ่น

- โปรแกรมเสริมพลังครู เพื่อปรับพฤติกรรมเด็กและวัยรุ่น (School and Family Empowerment Behavioral Modification Adolescent : Safe B - Mod A)
- โปรแกรมการให้การปรึกษาวัยรุ่น
- โปรแกรมการฝึกสติ เพื่อการยอมรับและพัฒนาตนเอง : จັบใจ Mind Fulness – based acceptance and Self development : MBASD)

๘. ระยะเวลาที่ท่านประสงค์จะเข้า ศึกษาดูงาน/ ฝึกปฏิบัติงาน/ ฝึกอบรม

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน.....เดือน

๙. จำนวนผู้ที่ประสงค์ จะเข้าศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ครั้งนี้ จำนวน.....คน

ดังรายชื่อที่แนบท้ายมาพร้อมนี้

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		
๗		
๘		
๙		
๑๐		
๑๑		
๑๒		
๑๓		
๑๔		
๑๕		
๑๖		
๑๗		
๑๘		
๑๙		
๒๐		
๒๑		
๒๒		
๒๓		
๒๔		
๒๕		

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

# ภาคผนวก

## หลักสูตรฝึกอบรม

- หลักสูตรปฐมวัย
- หลักสูตรวัยเรียน
- หลักสูตรวัยรุ่น