

แบบฟอร์ม
การขอศึกษาดูงาน/ การฝึกอบรม/ การฝึกปฏิบัติงาน
กลุ่มภารกิจพัฒนาสู่ความเป็นเลิศ
งานสอนและฝึกอบรมทางคลินิก
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

๑. ชื่อหน่วยงาน

.....

๒. ที่อยู่

.....

๓. โทรศัพท์ติดต่อหน่วยงาน โทรสาร

๔. ผู้ประสานงาน

๕. โทรศัพท์ติดต่อเคลื่อนที่

.....

๖. หน่วยงานที่ท่านประสงค์จะขอ ☐ ศึกษาดูงาน ☐ ฝึกปฏิบัติงาน

๖.๑ ด้านอำนวยการ

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

๖.๒ ด้านบริการจิตเวชและสุขภาพจิต

- ☐ กลุ่มงานสนับสนุนบริการทางแพทย์และจิตเวช
- ☐ 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. ระยะเวลาที่ท่านประสงค์จะเข้า ศึกษาดูงาน/ ฝึกปฏิบัติงาน/ ฝึกอบรม

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

๘. จำนวนผู้ที่ประสงค์ จะเข้าศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ครั้งนี้ จำนวน.....คน
ดังรายชื่อที่แนบท้ายมาพร้อมนี้

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง
๑		
๒		
๓		
๔		
๕		
๖		

ลงชื่อ.....ผู้ประสานงาน
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.