



ที่ ศก ๐๗๓๓/๑๐๘

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ
อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
๓๓๑๕๐

๑๖๗ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์รับนักศึกษาฝึกประสบการณ์วิชาชีพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรงเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือที่ สธ ๑๑๐๔.๐๗/๙๗๐ ลงวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ได้รับแจ้งจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ ๔ เพื่อให้ นักศึกษาฝึกประสบการณ์กระบวนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม การบริการด้านสาธารณสุขการบริหารงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การประเมินผลโครงการ สร้างสรรค์นวัตกรรมและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเพื่อให้ นักศึกษาฝึกการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพในชุมชน

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จึงขอแจ้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรงเกียรติ รับนักศึกษาเข้าฝึกประสบการณ์ ในระหว่างวันที่ ๔ พฤศจิกายน - ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๗ ตอบแบบสำรวจการรับนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานตามแบบฟอร์มที่แนบมาภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมัย คำเหลื่อ)

สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ

งานบริหารทั่วไป

โทร/โทรสาร ๐ ๔๕๖๖ ๙๒๓๒

แบบสำรวจการรับนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานสำหรับนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

- คำชี้แจง ๑. แบบสำรวจนี้โปรดตอบทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับและไม่รับนักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน
๒. วิทยาลัยฯ ใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาหาพื้นที่ในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาในปีการศึกษา ๒๕๖๗

๑. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถานบริการ.....
เลขที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
สังกัด () สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด () องค์การบริหารส่วนจังหวัด () อื่น ๆ ระบุ.....

๒. ส่งเสริมและบริการสุขภาพ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- () ตรวจโรคทั่วไป () ทันตกรรม () แพทย์แผนไทย () คลินิกโรคเรื้อรัง
() คลินิกเด็กดี () คลินิกANC () ออกเยี่ยมบ้าน () อื่นๆ ระบุ.....

๓. การรับนักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน ช่วงระยะเวลาที่ฝึกวันที่ ๔ พฤศจิกายน ถึง ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๗

- () ยินดีรับนักศึกษา
() ไม่รับนักศึกษา เพราะ.....

๔. อาจารย์ที่เลี้ยง

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์
๑.		
๒		

๕. ที่พักนักศึกษา () มีที่พักให้นักศึกษา : () ๑. แยกพักเฉพาะนักศึกษา () ๒. พักรวมกับเจ้าหน้าที่
() ไม่มีที่พักให้นักศึกษา

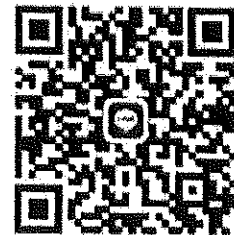
ลงชื่อ.....อาจารย์ที่เลี้ยง
(.....)
วันที่.....

กรุณาส่งกลับ อาจารย์กิตติยา ศรีมาฤทธิ หรืออาจารย์วุฒิฉาน ห้วยทราย สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ๑๘๗ หมู่ ๓ ตำบลเมืองศรีโคก อำเภวารินชำราบ

จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๑๕๐ หรือสแกนเอกสารส่งผ่าน E-mail; kittiya@scphub.ac.th

ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

โทรศัพท์ ๐๔๑-๐๔๒๕๔๗๗ (อาจารย์กิตติยา)



ช่องทางการติดต่อ Line กลุ่มอาจารย์ที่เลี้ยง