

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๔๑/ว ๕๗๘



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐

๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๘

เรียน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕ สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๕ ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้อำนวยการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๕ ราชบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัด
ราชบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ามาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ ๑๙
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) สาธารณสุขอำเภอเมืองกาญจนบุรี สาธารณสุข
อำเภอเมืองสมุทรสาคร หัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดสุพรรณบุรี หัวหน้าสถานีอนามัย
เฉลิมพระเกียรติฯ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และหัวหน้ากลุ่มตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุมฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบตอบรับเข้าร่วมการประชุมฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบจองห้องพัก	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ได้ประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๘
เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุมรวมเกียรติ ชั้น ๗ อาคารอิศรสุนทร
โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ซึ่งฝ่ายเลขานุการได้สรุปมติที่ประชุมและรายงาน
การประชุมฯ เสร็จเรียบร้อยแล้วสามารถ Download เอกสารได้ที่ Website ของเขตสุขภาพที่ ๕ แล้ว นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ขอเชิญ ท่านและผู้เกี่ยวข้อง ร่วมประชุมคณะกรรมการ
เขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๘ ในวันพฤหัสบดีที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ เวลา ๑๔.๐๐ - ๒๐.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชั้น ๕ zone B อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๗ รอบ พระชนมพรรษา โรงพยาบาลดำเนินสะดวก
อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ทั้งนี้ได้แนบระเบียบวาระการประชุมฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยเบิก
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเข้าร่วมประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุพจน์ จิระราชวโร)

รองผู้อำนวยการ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕

กลุ่มอำนาจการ

โทร. ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๔

โทรสาร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕

ผู้ประสาน : คุณปรีพธศรี ชัยวิรัช โทร ๐๙ ๘๒๕๙ ๒๑๐๔



ร่าง

ระเบียบวาระการประชุม

คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๙/๒๕๕๘

วันพฤหัสบดีที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ เวลา ๑๔.๐๐ - ๒๐.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมชั้น ๕ zone B อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๗ รอบ พระชนมพรรษา

โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

วาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

-

วาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๘/๒๕๕๘

เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๓๐ น. ณ ห้องประชุมรามเกียรติ์ ชั้น

๗ อาคารอิศรสุนทร โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

โดย นพ.พิภพ เจนสุทธิเวชกุล ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕

วาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

-

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

๔.๑ ขอปรับภาระงานที่ขยายเพิ่มเติม

โดย

๔.๒ การจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริต

และประพฤติมิชอบ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙

โดย

วาระที่ ๕ เรื่องเพื่อทราบ

๕.๑ การจัดซื้อยาร่วมในภาพเขต

โดย

๕.๒ รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก รายสัปดาห์ที่ ๔๑ พ.ศ. ๒๕๕๘

โดย

๕.๓

โดย

๕.๔

โดย

วาระที่ ๖ เรื่องอื่น ๆ

-



แบบตอบรับเข้าร่วมการประชุม
คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ ๕ ครั้งที่ ๙/๒๕๕๘
วันพฤหัสบดีที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ เวลา ๑๔.๐๐ - ๒๐.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชั้น ๕ zone B อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๗ รอบ พระชนมพรรษา
โรงพยาบาลดำเนินสะดวก อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

หน่วยงาน..... จังหวัด.....

๑. คณะกรรมการ (นพ.สสจ./ผอ.สถาบันกัลยาฯ/ผอ.รพศ./รพท./รพ.เมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)/

ผอ.รพ.ส่งเสริมสุขภาพ (ราชบุรี)/ ผู้แทนผอ.รพช./สสอ./สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ

ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

() เข้าร่วมประชุมได้ () ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

โดยมอบให้ตำแหน่งเข้าร่วมประชุมแทน

๒. ผู้เข้าร่วมประชุม

๒.๑ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

๒.๒ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

๒.๓ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

๒.๔ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

๒.๕ ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

ลงชื่อ ผู้แจ้งข้อมูล(เขียนตัวบรรจง)

โทรศัพท์.....วันที่.....

ร่วมงานเลี้ยงต้อนรับผู้บริหารย้ายมาในเขตสุขภาพที่ ๕ ณ บ้านไม้แก้ว ดำเนิน รีสอร์ท อำเภอดำเนิน
สะดวก จังหวัดราชบุรี จำนวน คน

โปรดส่งแบบตอบรับไปที่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕ ภายในวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘



ใบจองห้องพัก ไม้แก้ว ดำเนิน รีสอร์ท

รายละเอียดการจองห้องพัก (ตัวบรรจง)

ชื่อ/สกุล พักเดี่ยว ห้อง พักคู่ห้อง
วันที่เข้าพัก วันที่ออก

ชื่อ/สกุล พักเดี่ยว ห้อง พักคู่ห้อง
วันที่เข้าพัก วันที่ออก

รวมจำนวนห้องพัก ห้อง

ลำดับ	รายการ	ราคาต่อหน่วย
๑	ห้องพัก Deluxe Room + ABF (พัก ๔ ท่าน)	๑,๓๐๐/ห้อง/คืน รวมอาหารเช้า
๒	ห้องพัก Domnoen Village+ ABF (พัก ๒ ท่าน)	๑,๘๐๐/ห้อง/คืน รวมอาหารเช้า
๓	ห้องพัก Coconut Village + ABF (พัก ๒ ท่าน)	๒,๒๐๐/ห้อง/คืน รวมอาหารเช้า
๔	เรือนไทย Thai Teak House + ABF (พัก ๒ ท่าน)	๔,๕๐๐ หลัง/คืน รวมอาหารเช้า

สถานที่ทำงาน จังหวัด โทร
แฟกซ์ ชื่อผู้ติดต่อ โทร

เงื่อนไขการจองห้องพัก

- การโอนเงินชำระ ๕๐% ของราคาห้องพักที่จอง
- Check in ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔.๐๐ น. เป็นต้นไป

บัญชีในการโอน : ชื่อบัญชี ไม้แก้วดำเนิน รีสอร์ท ธนาคารกรุงไทย สาขาตลาดน้ำดำเนินสะดวก

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ ๙๘๐-๕-๑๓๗๘๕-๖

กรุณายืนยันการจองห้องพัก โดยติดต่อ คุณลัดดา ๐๘ ๑๕๒๗ ๙๐๓๓

***** กรุณียกเลิกห้องพักทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการคืนมัดจำห้องพักค่ะ *****

โปรดส่งแฟกซ์ใบโอนเงินพร้อมแบบฟอร์มจองห้องพัก ไปที่ ๐ ๓๒๒๔ ๕๑๒๐ - ๙๘

Sale of group : นางสาวแสงมณี ขอเจริญ โทร. ๐๙ ๓๙๐๙ ๙๕๗๒, ๐๘ ๑๗๕๙ ๗๗๓๓

ยืนยันการจองห้องพัก ภายในวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๘