



ที่ สธ ๐๓๑๗/ว ๒๖

ฝ่ายเลขานุการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ B	
สารบรรณที่ 36769	พ.ท. 4592 P <sub>2</sub>
วันที่ 28/8/65	
เวลา ๐.๒8	ร.ท. ๐๐๐๐

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์  
๔๒๐/๗ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๕

8681, 65  
28 S. 2565

เรื่อง หลักสูตรการอบรมด้านโรคผิวหนัง ปี ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ (อื่นๆ) (NR๓๓๓)

ด้วยสถาบันโรคผิวหนัง มีกำหนดการอบรมหลักสูตรด้านโรคผิวหนัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รายละเอียดดัง QR Code ที่แนบ ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดหรือสืบค้นข้อมูลพร้อม Download ใบสมัครได้ที่ Website: <https://elearning.iod.go.th> ข้าราชการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการอบรมฯ

สถาบันโรคผิวหนังขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมประจำปี ๒๕๖๖ ดังกล่าวแก่บุคลากรในสังกัดของท่าน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโปรดติดต่อ งานถ่ายทอดเทคโนโลยี โทร. ๐๙ ๕๓๓๒ ๘๒๙๔, ๐๘ ๒๘๘๐ ๘๕๔๒ (คุณจริยา) E-mail: [training.inderm@gmail.com](mailto:training.inderm@gmail.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

๒

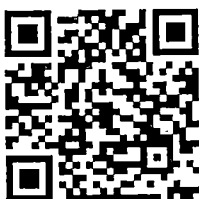
(นางมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ)  
ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง

21 ธ.ค. 2565

งานถ่ายทอดเทคโนโลยี  
โทร. ๐๙ ๕๓๓๒ ๘๒๙๔  
E-mail: [training.inderm@gmail.com](mailto:training.inderm@gmail.com)

แผน-ต้นแฟ้มอายุ ๖๕๓๘๗

-หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
เพื่อโปรดพิจารณา



เอกสารแนบ

เรียน หัวหน้างานบริหาร (นพ.ฉัตรชัย)

☐ เพื่อทราบ  
☒ เพื่อพิจารณา

นพ.ฉัตรชัย

รศ.ดร.นพ.วิโรจน์ วรรณพวงษ์

หัวหน้าฝ่ายอาชีวอนามัย  
๒๘ ส.ค. 2565

(ผศ.พญ.เลธานี โพธิ์บุญพันธ์)  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ด้านทรัพยากรบุคคล

28 ส.ค. 2565

28 ส.ค. 2565

## การจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น สถาบันโรคผิวหนัง ประจำปี 2566

1. หลักสูตรอบรมวิชาโรคผิวหนังสำหรับแพทย์ 1 เดือน  
รับสมัคร                      ตลอดทั้งปี  
คัดเลือก+ประกาศผล      14 - 15 มกราคม 2566  
ชำระเงิน+ยืนยัน          14 - 24 มกราคม 2566  
กำหนดการอบรม          30 มกราคม - 24 กุมภาพันธ์ 2566
2. หลักสูตรอบรมบุคลากรทางห้องปฏิบัติการด้านโรคผิวหนัง  
รับสมัคร                      ตลอดทั้งปี  
คัดเลือก+ประกาศผล      6 - 10 เมษายน 2566  
ชำระเงิน+ยืนยัน          13 - 24 เมษายน 2566  
กำหนดการอบรม          เดือนพฤษภาคม 2566
3. หลักสูตรอบรมวิชาการพยาบาลโรคผิวหนัง  
รับสมัคร                      ตลอดทั้งปี  
คัดเลือก+ประกาศผล      8 - 12 มิถุนายน 2566  
ชำระเงิน+ยืนยัน          15 - 26 มิถุนายน 2566  
กำหนดการอบรม          เดือนกรกฎาคม 2566
4. หลักสูตรอบรมไบโอเอ็นจีเนียริงพื้นฐานระยะสั้น สำหรับผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ/ผู้ช่วยนักวิจัย  
รับสมัคร                      1 พฤศจิกายน 2564 – 3 มกราคม 2566  
คัดเลือก+ประกาศผล      6 - 10 มกราคม 2566  
ชำระเงิน+ยืนยัน          13 - 17 มกราคม 2566  
กำหนดการอบรม          เดือนกุมภาพันธ์ 2566
5. หลักสูตรอบรมไบโอเอ็นจีเนียริงพื้นฐานระยะสั้น สำหรับผู้ใช้เครื่องมือด้านการตรวจสภาพผิวหนัง  
รับสมัคร                      1 พฤศจิกายน 2564 – 3 มกราคม 2566  
คัดเลือก+ประกาศผล      6 - 10 มกราคม 2566  
ชำระเงิน+ยืนยัน          13 - 17 มกราคม 2566  
กำหนดการอบรม          เดือนกุมภาพันธ์ 2566

ผู้สนใจสอบถามรายละเอียดและสมัครได้ที่

คุณจริยา วรทัศน์ งานถ่ายทอดเทคโนโลยี ชั้น 19 อาคารสถาบันโรคผิวหนัง(หลังใหม่)

ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ : งานถ่ายทอดเทคโนโลยี อาคารสถาบันโรคผิวหนัง(หลังใหม่) 456 ถ.ราชวิถี

แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร.09 5372 8294, 08 2880 8542

E-mail: [training.inderm@gmail.com](mailto:training.inderm@gmail.com), [inderminterhos@gmail.com](mailto:inderminterhos@gmail.com)

## ใบสมัครอบรมหลักสูตรระยะสั้น ประจำปี .....

ติดรูปภาพ

- ☐ หลักสูตรอบรมวิชาโรคผิวหนังสำหรับแพทย์ 1 เดือน
- ☐ หลักสูตรอบรมบุคลากรทางห้องปฏิบัติการด้านโรคผิวหนัง
- ☐ หลักสูตรอบรมวิชาการพยาบาลโรคผิวหนัง
- ☐ หลักสูตรไปโอเอ็นจีเนียริงพื้นฐานระยะสั้น สำหรับผู้ใช้เครื่องมือด้านการตรวจสภาพผิวหนัง
- ☐ หลักสูตรไปโอเอ็นจีเนียริงพื้นฐานระยะสั้น สำหรับผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการ/ผู้ช่วยนักวิจัย

คำนำหน้า ☐ นาย ☐ นางสาว ☐ นาง ☐ อื่น ๆ .....

1. ชื่อ-สกุล ภาษาไทย .....

2. ชื่อ-สกุล ภาษาอังกฤษ.....

3. วันเดือนปีเกิด .....อายุ.....ปี ศาสนา.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

4. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....ออกให้ ณ วันที่.....

5. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่บ้าน/หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

โปรดติดต่อข้าพเจ้าโดย ☐ ที่อยู่ตามข้อ 5 ☐ ที่ทำงาน ตามข้อ 8 ☐ อื่น ๆ.....

6. กรณีเร่งด่วนติดต่อ ชื่อ-สกุล .....ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร.....

โทร.มือถือ.....โทรศัพท์.....E-mail.....

7. คุณวุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี.....สถานศึกษา.....ปีที่จบ.....

ปริญญาโท.....สถานศึกษา.....ปีที่จบ.....

อื่น ๆ (ระบุ) .....

8. สถานที่ปฏิบัติงาน .....เลขที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

☐ ราชการ ☐ เอกชน ☐ อื่น ๆ.....

9. ตำแหน่งปัจจุบัน.....ลักษณะงาน.....

☐ แพทย์ประจำบ้าน สาขา.....ชั้นปีที่.....สถาบัน.....

10. หลักฐานที่ต้องแนบพร้อมใบสมัคร (โปรดลงนามรับรองสำเนาทุกฉบับ)

☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/ บัตรข้าราชการ (กรณีเปลี่ยนชื่อ-สกุลให้แนบหลักฐานเพิ่ม)

☐ สำเนาใบปริญญาบัตร

☐ สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

☐ หนังสือจากต้นสังกัดอนุมัติให้เข้ารับการอบรม ☐ อื่น ๆ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและเอกสารที่ใช้ประกอบการสมัคร มีความถูกต้องทุกประการ หากปรากฏ  
ในภายหลังว่าข้อความหรือหลักฐานเป็นเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดหรือเพิกถอนสิทธิ และดำเนินการตามกฎหมาย

- 2 -

ผู้บังคับบัญชาลงนามรับรองและอนุมัติให้เข้าอบรม  
เมื่อได้รับการคัดเลือก

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....