

ที่ สปสช.42/ว.1

๑ มกราคม 2551

เรื่อง ขอเชิญประชุมและอบรม

เรียน ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หน่วยบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

ตามที่บริษัท โอเพน ซอร์ส เทคโนโลยี จำกัด ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโครงการพัฒนาฐานข้อมูล OP/PP รายครั้ง (OP / PP Individual Data) สำหรับหน่วยบริการเอกชน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และได้จัดอบรมการใช้งานและติดตั้งระบบ Hospital OS ให้กับหน่วยบริการ เรียบร้อยแล้ว นั้น

เนื่องจากมีหน่วยบริการเสนอให้มีการจัดทำโปรแกรมด้านระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ด้วย บริษัทฯ จึงได้กำหนดจัดประชุมและอบรม ในวันที่ 9 มกราคม 2551 โดยมีรายละเอียดดังนี้

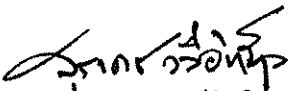
1. เวลา 09.00 – 12.00 น. ณ ห้องประชุมออคิดริอเรีย ชั้น 3 อาคารจัสติน อินเตอร์เนชั่นแนล จัดประชุมผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือผู้ที่สามารถให้ความเห็นด้านระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ เพื่อนำข้อสรุปไปวางแผนพัฒนาระบบคลังยาและเวชภัณฑ์ ของหน่วยบริการต่อไป

2 เวลา 13.00 – 16.30 น. ณ ห้องนารากร ชั้น 14 อาคารจัสติน อินเตอร์เนชั่นแนล อบรมความรู้เจ้าหน้าที่ ซึ่งปฏิบัติงานประจำหน่วยบริการ แห่งละ 1 คน เพื่อแก้ปัญหาการตั้งค่าเครื่องพิมพ์ให้หน่วยบริการที่อบรมไปแล้วแต่ยังติดปัญหาด้านงานพิมพ์อยู่ เพื่อให้หน่วยบริการสามารถใช้งานโปรแกรม Hospital OS ต่อไปได้ โดยขอให้หน่วยบริการจัดเตรียมเครื่องคอมพิวเตอร์ เครื่องพิมพ์ (Printer) และ Driver มาในวันที่อบรมด้วย

ทั้งนี้ขอให้ท่านโปรดแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม (ภาคเช้า) และอบรม (ภาคบ่าย) ไปให้บริษัทฯ ทาง โทรสาร 02-955-6545 ต่อ 39392 ภายในวันที่ 7 มกราคม 2551 หากมีข้อสงสัยประการใด โปรดประสานที่ คุณพิมพ์วิมล พันธชาติ โทร 086-682-0455

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุรเดช วลีอิทธิกุล)

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
สาขาเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร)

งานสนับสนุนหน่วยบริการ

โทร 0-2831-4000 ต่อ 3073

โทรสาร 0-2831 – 4054

ผู้ประสานงาน นางศศิธร ไชยสิทธิพร มือถือ 086-733-6090

เอกสารแนบที่ ๑  
แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

ชื่อสถานพยาบาล (คลินิก).....รหัสสถานพยาบาล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....

กรุณาทำเครื่องหมาย  หน้าหัวข้อที่หน่วยงานของท่าน สนใจเข้าร่วมการประชุม/อบรม

การศึกษาความต้องการของระบบคลังยาและเวชภัณฑ์

\* เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องออคิดริอริยม ชั้น 3 อาคารจัสมิน อินเทอร์เน็ตชั้นบน

๑. ผู้เข้าร่วมการประชุม ชื่อ-สกุล.....มือถือ.....

๒. ผู้เข้าร่วมการประชุม ชื่อ-สกุล.....มือถือ.....

การตั้งค่าเครื่องพิมพ์เพื่อจัดทำเอกสารทางการแพทย์ และเอกสารที่ต้องใช้ในการให้บริการ

\* เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องนารากร ชั้น ๑๔ อาคารจัสมิน อินเทอร์เน็ตชั้นบน

**หมายเหตุ** ผู้เข้าร่วมการประชุม/อบรม จะต้องจัดเตรียมเครื่องคอมพิวเตอร์, เครื่องพิมพ์ (Printer) และ Driver มาเข้าอบรมด้วย

๑. ผู้เข้าร่วมการอบรม ชื่อ-สกุล.....มือถือ.....

๒. ผู้เข้าร่วมการอบรม ชื่อ-สกุล.....มือถือ.....

ลงชื่อ.....

(.....) ผู้ให้ข้อมูล

วันที่ ...../...../.....

หมายเหตุ กรุณาส่ง "แบบตอบรับฯ" ภายในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๕๑ มาที่

หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๙๕๕ ๕๖๔๕ # ๓๙๓๙๒ (0 2955 5645 # 39392)

- ผู้เข้าร่วมการประชุม/อบรม สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ผู้ประสานงานโครงการ คุณพิมพ์วิมล พันณชิต โทร. ๐๘๖ ๖๘๒ ๐๔๕๕ (086 682 0455)

E-mail: pimwimol@hospital-os.com

แบบสำรวจความพร้อมด้านอุปกรณ์  
สำหรับเตรียมความพร้อมก่อนการอบรม

ข้อมูลเบื้องต้นของสถานประกอบการ

1. รหัสสถานพยาบาล.....ชื่อสถานพยาบาล.....
2. จำนวนเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับใช้งานโปรแกรม Hospital OS ทั้งสิ้น.....เครื่อง
3. จำนวนเครื่องพิมพ์(Printer)สำหรับใช้งานโปรแกรม Hospital OS ทั้งสิ้น.....เครื่อง  
โดยมีรายละเอียดดังนี้(โปรดระบุ)

ยี่ห้อ/รุ่น	ประเภทเครื่อง			เอกสารที่พิมพ์
	Laser	Inkjet	หัวเข็ม	
1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

หมายเหตุ : เพื่อให้การฝึกอบรมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ขอให้แต่ละสถานพยาบาลติดตั้ง Driver ของ printer ลงบนเครื่องคอมพิวเตอร์ที่จะใช้ในการฝึกอบรม และทดสอบการพิมพ์ (Test Print) ให้แล้วเสร็จ ก่อนเข้ารับการอบรม

ตัวอย่างข้อมูล

ยี่ห้อ/รุ่น	ประเภทเครื่อง			เอกสารที่พิมพ์
	Laser	Inkjet	หัวเข็ม	
1...HP รุ่น LQ 300 +.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ซองยา
2...Xerox รุ่น Phaser 3116.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ใบสั่งยา

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

วันที่...../...../.....