



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๕ อาคารบี โชนทิสโก้ (อาคารจอตโร) “ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕

ธันวาคม ๒๕๕๐ ” ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐ โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

ที่ สปสช ๕.๔๒/ว.๕๔๕

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญประชุมคัดเลือกผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นผู้แทน
เข้ารับการคัดเลือกเป็นคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. แบบส่งรายชื่อและแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมคัดเลือกกันเองผู้ประกอบวิชาชีพ/
ผู้ประกอบโรคศิลปะในกรุงเทพมหานคร
 ๒. แผนที่สถานที่ประชุม
 ๓. หนังสือรับรองบุคคลผู้ประสงค์ใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการ และ/หรือ แต่งตั้งให้เป็นกรรมการ
ในสัดส่วนผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ประกอบโรคศิลปะในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ
และมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ด้วย คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ จะครบวาระการดำรงตำแหน่ง ในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เพื่อให้การคัดเลือก
คณะกรรมการชุดใหม่เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์วิธีการคัดเลือกคณะกรรมการ
ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ ข้อ ๑๘ และข้อ ๒๐ ได้กำหนดให้สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร จัดประชุมคัดเลือกผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบ
โรคศิลปะ เพื่อคัดเลือกกันเองให้เป็นผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะในกรุงเทพมหานคร และให้
สำนักงานฯ แจ้งรายชื่อผู้แทนของกรุงเทพมหานครเพื่อเข้ารับคัดเลือกเป็นคณะกรรมการตามพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ ต่อไป

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร จึงขอเรียนเชิญ
ท่าน/บุคลากรในหน่วยงานของท่านที่สนใจสมัครคัดเลือกกันเอง ได้แก่

๑. ผู้ประกอบวิชาชีพ ๓ วิชาชีพ ได้แก่ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทันตกรรม
และเภสัชกรรม
๒. ผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗ สาขา ต่อไปนี้ สาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด
(วิชาชีพกายภาพบำบัด) สาขาเทคนิคการแพทย์ (วิชาชีพเทคนิคการแพทย์) สาขารังสีเทคนิค
สาขากิจกรรมบำบัด สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก สาขาแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย

โดยสำนักงานฯ จะจัดประชุมคัดเลือกกันเองเพื่อเป็นผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบ
โรคศิลปะ ในกรุงเทพมหานครเพื่อเข้ารับคัดเลือกกันเองเป็นกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๕ ในวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๔.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๒๐๔
โรงแรมเซ็นทารา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

/และขอ...

และขอให้ท่านส่งรายชื่อและตอบรับการเข้าร่วมประชุมไปยังสำนักงานฯ ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒ ทั้งนี้ ขอให้ท่านผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะยื่นหนังสือรับรองฯ ก่อนเข้ารับการศึกษาเลือกตนเอง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ และสำนักงานฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่รับลงทะเบียนและตรวจสอบเอกสาร กรณีที่ท่านผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะมาลงทะเบียนและยื่นเอกสารภายหลังเวลา ๑๐.๓๐ น. อนึ่ง สำนักงานฯ ขอความร่วมมือท่านได้โปรดประชาสัมพันธ์ข่าวสารนี้ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวบุษกร สุรรังสรรค์)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต 13 กรุงเทพมหานคร

ภูมิจังหวัดนนทบุรี

งานกฎหมาย กลุ่มงานระบบสนับสนุน

โทร. ๐ ๒๑๔๒ ๐๙๗๖

โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓

โทรศัพท์มือถือ ๐๖๑ ๔๑๘ ๘๐๕๖

ผู้รับผิดชอบ นายอาทร เกษร



แบบส่งรายชื่อและตอบรับการเข้าร่วมประชุม
“คัดเลือกกันเองผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบโรคศิลปะในกรุงเทพมหานคร”

วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๒ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๔.๐๐ น

ณ ห้องประชุม ๒๐๔ โรงแรมเซ็นทรา บาย เซ็นทารา ศูนย์ราชการ และคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ

๑. ชื่อ - นามสกุลผู้เข้าประชุม.....
ผู้แทนกลุ่ม.....หน่วยงาน/องค์กร.....
ที่อยู่ เลขที่.....หมู่บ้าน.....ต.รอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....ไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
มือถือ.....โทรสาร.....
อีเมล.....

สามารถเข้าร่วมประชุมได้

ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

๒. อาหาร

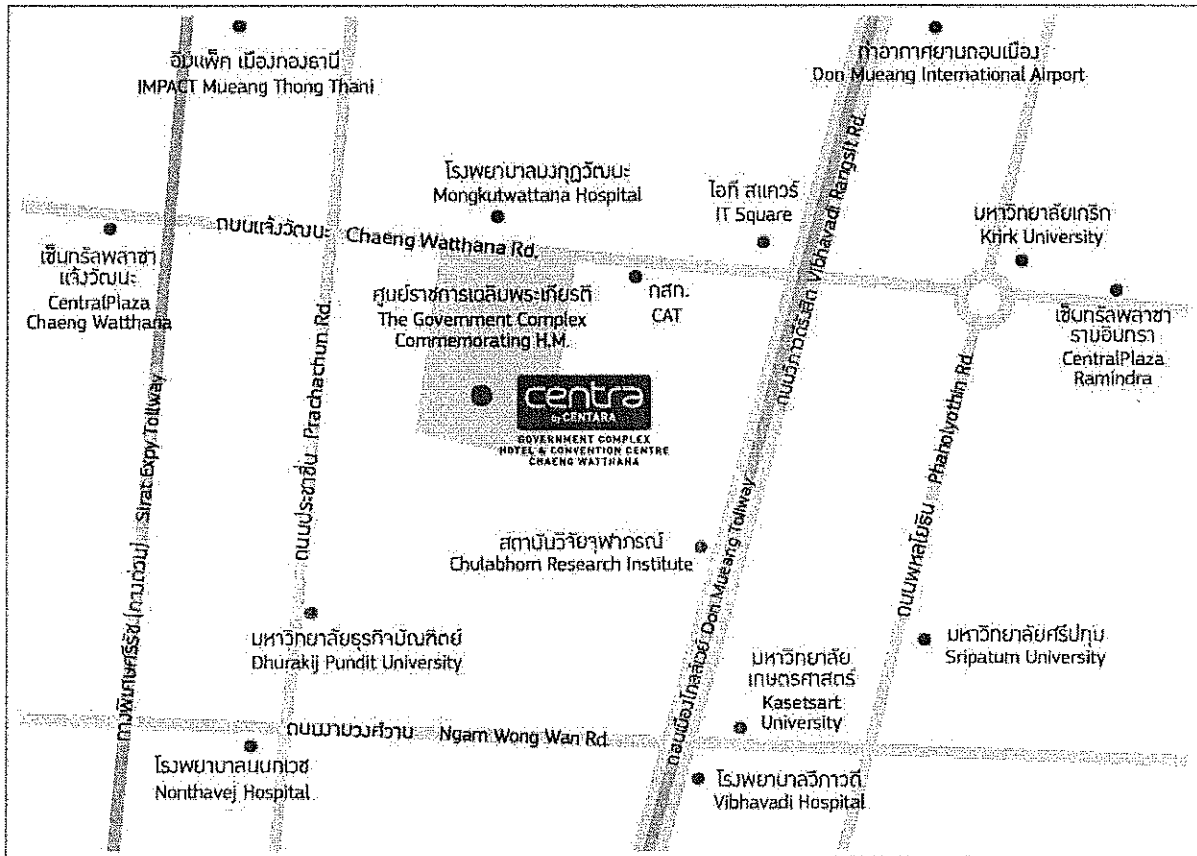
ทั่วไป

มุสลิม

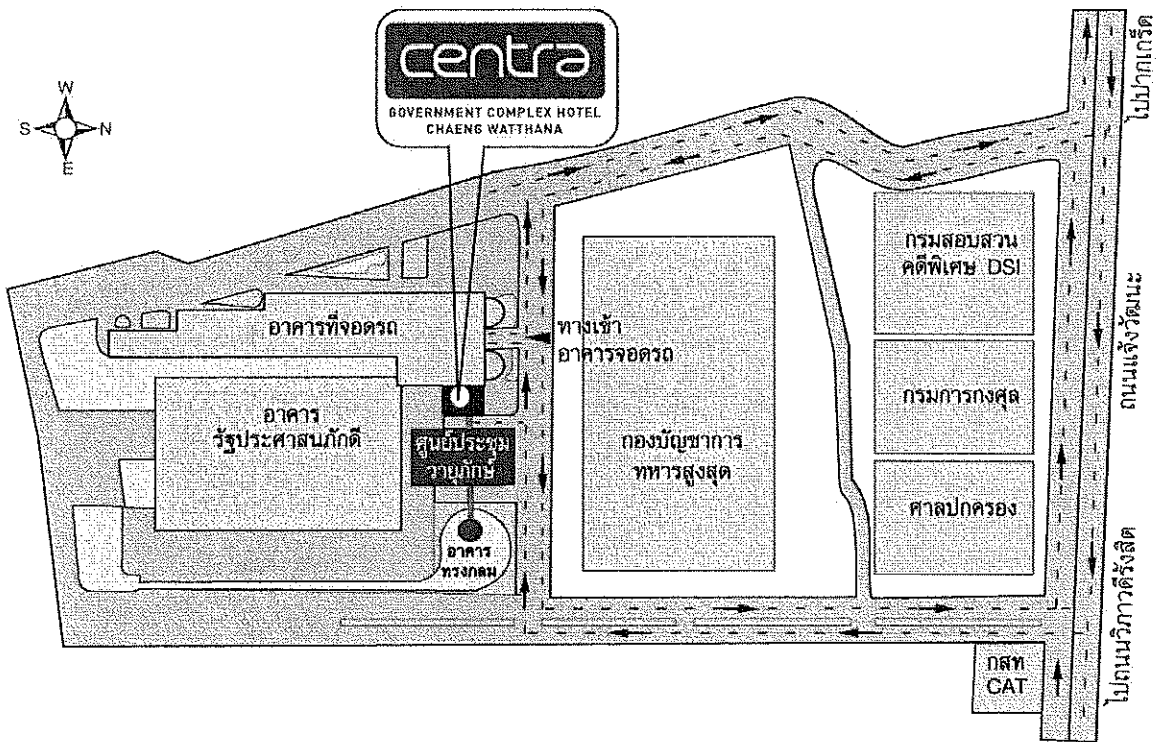
มังสวิรัต

*หมายเหตุ กรุณาตอบรับการเข้าร่วมประชุมภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒

แผนที่ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทาราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร



เส้นทางเข้าสู่โรงแรมเซ็นทราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ
 Centra Government Complex Hotel & Convention Centre Chaeng Watthana



หนังสือรับรอง

บุคคลผู้ประสงค์ใช้สิทธิคัดเลือกรับราชการ และ/หรือ แต่งตั้งให้เป็นกรรมการ
ในสัดส่วนผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพหรือผู้ประกอบการโรคศิลปะ
ในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)

เลขที่บัตรประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ/ผู้ประกอบการโรคศิลปะ สาขา

ใบอนุญาตเลขที่ วันออกบัตร วันบัตรหมดอายุ

ปัจจุบัน ปฏิบัติงาน ณ สถานพยาบาล (ชื่อ)

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ทั้งนี้ ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง มาด้วยแล้ว จำนวน 1 ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความและสำเนาเอกสารที่แนบมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
ในกรณีที่ตรวจพบข้อความและสำเนาเอกสารที่แนบมาข้างต้นนี้เป็นเท็จและก่อให้เกิดความเสียหาย
แก่ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและหรือผู้อื่น ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้น
ทั้งทางแพ่งและทางอาญาทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.