

**ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ ( ศ.น.พ. )**  
**แบบแสดงความจำนงเป็นสถาบันสมทบในเครือข่ายการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์**

ชื่อองค์กร.....สังกัด(ถ้ามี).....  
ที่อยู่.....  
รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....  
website: .....e-mail.....  
ชื่อ - สกุล ผู้ติดต่อ (แพทย์)  
นพ./พญ.....ตำแหน่ง (ในองค์กร).....  
ที่อยู่.....  
รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....  
e-mail.....

ขอแสดงความจำนงเข้าเป็นสถาบันสมทบของสถาบันหลัก ดังนี้	ติดต่อแล้ว	ยังไม่ได้ติดต่อ
อันดับที่ 1 ร.....	○	○
อันดับที่ 2 ร.....	○	○
อันดับที่ 3 ร.....	○	○

(กรุณาเรียงตามลำดับความต้องการของท่าน และถ้าได้มีการติดต่อหรือยังไม่ได้ติดต่อ กรุณา 3 ด้วย)

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ผู้อำนวยการ / ประธาน / นายก  
วันที่.....

**คำแนะนำในการเลือกสถาบันหลัก**

1. ควรเลือกสถาบันหลักที่เข้าใจเนื้อหาวิชาการ / การปฏิบัติงาน / กิจกรรมต่างๆ ตามภาระหลักในองค์กรของท่าน
2. โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป, แนะนำให้เข้าเป็นเครือข่ายของ สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สคส), คณะแพทยศาสตร์ หรือโรงพยาบาลศูนย์ใกล้เคียง, สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้เข้าเป็นเครือข่ายของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข
3. โรงพยาบาลเอกชนแนะนำให้เข้าเครือข่ายของคณะแพทยศาสตร์, โรงพยาบาลศูนย์ที่ใกล้เคียง, สมาคมโรงพยาบาลเอกชน, โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์, โรงพยาบาลกรุงเทพ หรือโรงพยาบาลสมิติเวช
4. ชมรม / สมาคมวิชาชีพให้เข้าเป็นเครือข่ายของราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องในสายงาน
5. ถ้าท่านยืนยันจะเข้าเป็นเครือข่ายของสถาบันหลักที่ไม่ตรงกับสายงานขององค์กรท่านตามที่กล่าวข้างต้น ขอให้ท่านติดต่อที่สถาบันนั้นๆ ก่อน
6. กรุณากรอกแบบแสดงความจำนงนี้และส่งไปที่ ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ชั้น 11 เลขที่ 2 ซ.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10320 โทรศัพท์ / โทรสาร 0-2716-5046