



ที่ ลย ๐๐๓๓.๐๑๕/ ๐๙๑๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
ถนนมลิวรรณ ลย ๔๒๐๐๐

เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหมอพื้นบ้าน และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม จังหวัดเลย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และเครือข่ายหมอพื้นบ้านจังหวัดเลย

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. วาระการประชุม	จำนวน	๑	ชุด
	๒. กลุ่มเป้าหมายและรายชื่อเครือข่ายหมอพื้น	จำนวน	๑	ชุด
	๓. แบบตอบรับ	จำนวน	๑	ชุด

ด้วยกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก จะจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหมอพื้นบ้าน และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ตามบทบาทของสำนักงานนายทะเบียนจังหวัดเลย ปี ๒๕๖๘

ในการนี้ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย จะจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหมอพื้นบ้าน และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม ในวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย โดยขอให้ดำเนินการตามรายละเอียดดังนี้

๑. เชิญบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย อำเภอละ ๑ คน เข้าร่วมประชุมฯ
๒. ขอความร่วมมือให้อำเภอได้คัดเลือกหมอพื้นบ้าน และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม จากกลุ่มเป้าหมายและรายชื่อตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ พร้อมทั้งประสานหมอพื้นบ้าน เข้าร่วมประชุมฯ
๓. ขอให้เครือข่ายหมอพื้นบ้าน และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม ทุกท่าน นำสำเนาบัตรประชาชนเพื่อนำมาประกอบการเบิกจ่าย ค่าพาหนะบุคคลภายนอก ในการเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้
๔. ขอให้ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ ไปยังกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ ภายในวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๘ โดยมีนางสาวรัชชชฎา ไชยสุรินทร์ ตำแหน่งนักวิเคราะห์นโยบายและแผน หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๕๖๖๕ ๐๔๖๔ ID Line : rakchuda_joy เป็นผู้ประสาน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และเข้าร่วมประชุมต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางวัชร แก้วสา)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

โทร ๐๙ ๘๐๘๗ ๙๕๐๒

โทรสาร ๐ ๔๒๘๑ ๑๗๐๒

“เมืองน่าอยู่ เมืองแห่งการท่องเที่ยว การค้า และการลงทุนภายใต้การพัฒนาที่ยั่งยืน”

[illegible]

กลุ่มเป้าหมายและรายชื่อเครือข่ายหมอพื้น

ลำดับ	อำเภอ	กลุ่มเป้าหมาย (จำนวน)		รวม	หมายเหตุ
		หมอพื้นบ้าน ที่ได้รับการรับรอง	บุคลากร ด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม		
๑	เมืองเลย	๔	๓	๗	กลุ่มเป้าหมาย สามารถถ่วงเฉลี่ย ได้ตามความ เหมาะสม แต่ ควรพิจารณา กลุ่มหมอ พื้นบ้านก่อนเป็น อันดับแรก
๒	วังสะพุง	๗	๑	๘	
๓	นาด้วง	๓	๓	๖	
๔	เชียงคาน	๔	๒	๖	
๕	ปากชม	๗	๒	๙	
๖	ท่าลี่	๐	๓	๓	
๗	ภูเรือ	๗	๒	๙	
๘	ด่านซ้าย	๔	๒	๖	
๙	นาแห้ว	๖	๑	๗	
๑๐	ภูหลวง	๖	๑	๗	
๑๑	ภูกระดึง	๔	๒	๖	
๑๒	หนองหิน	๒	๒	๔	
๑๓	ผาขาว	๐	๓	๓	
๑๔	เอราวัณ	๓	๒	๕	
รวม		๕๗	๒๙	๘๖	

หมายเหตุ ๑. หมอพื้นบ้าน หมายถึง หมอพื้นบ้านที่ได้รับหนังสือรับรอง

๒. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม ดังนี้

- (๑) กลุ่มหมอพื้นบ้าน
- (๒) กลุ่มผู้ปลูก/แปรรูปสมุนไพร
- (๓) กลุ่มผู้จำหน่าย/ผลิตยาแผนไทย
- (๔) กลุ่มนักวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย
- (๕) กลุ่มองค์กรเอกชนด้านแพทย์แผนไทย



รายชื่อหมอพื้นบ้าน
ที่ได้รับการหนังสือรับรอง



รายชื่อบุคลากรด้าน
การแพทย์แผนไทย 5 กลุ่ม



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
LOI PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

แบบตอบรับ

ประชุมเครือข่ายหมอพื้นบ้าน และบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย ๕ กลุ่ม

วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

หน่วยงาน

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล

ตำแหน่ง หมายเลขโทรศัพท์

รายชื่อหมอพื้นบ้านเข้าร่วมประชุม ดังนี้

๑. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่
๒. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่
๓. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่
๔. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่
๕. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่
๖. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่
๗. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่
๘. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่
๙. ชื่อ - สกุลประเภทหมอพื้นบ้าน.....
ที่อยู่

ลงชื่อผู้ประสาน

(.....)

วันที่

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเหตุ ๑. กรุณาส่งแบบตอบรับ ผ่านทาง Line ID : rakchuda_joy ภายในวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๘

๒. ผู้ประสาน นางสาวรัชชดา ไชยสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๕๖๖๕ ๐๔๖๔