



๒. เข้าร่วมการคัดเลือกเป็นผู้แทนผู้ประกอบการโรคริลปะระดับจังหวัดกรุงเทพมหานคร  
ในวันอังคารที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เวลา ๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องสัตมราชาธิราช  
สถาบันพระปกเกล้า(ฝั่งลานจอตรด) อาคารบี ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ถ.แจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่  
กรุงเทพมหานคร

วิธีการคัดเลือก ให้ผู้ประกอบการโรคริลปะแต่ละสาขาคัดเลือกกันเองจากผู้สมัครรับการ  
คัดเลือกในสาขานั้นๆ สาขาละ ๑ คน โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดจะเป็นผู้แทนผู้ประกอบการโรคริลปะระดับ  
จังหวัดกรุงเทพมหานคร , ถ้าได้คะแนนเท่ากัน ให้จับสลาก และให้เป็นที่สุด

๓.วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๔ เวลา ๙.๐๐ น. ณ โรงแรมรามามาเกเด็นท์ ผู้แทน  
ผู้ประกอบการโรคริลปะทุกสาขาที่ได้รับคัดเลือกจากระดับจังหวัดทั้ง ๗๗ จังหวัดทั่วประเทศ คัดเลือกกันเอง  
ให้เหลือจำนวน ๓ คนเพื่อเป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขต่อไป

ในการนี้ สำนักงาน ขอเรียนเชิญผู้ประกอบการโรคริลปะที่มีความประสงค์จะร่วมใช้สิทธิ  
คัดเลือกผู้แทนผู้ประกอบการโรคริลปะระดับจังหวัดกรุงเทพมหานคร สามารถไปร่วมคัดเลือกได้ในวัน  
อังคารที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เวลา ๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ห้องสัตมราชาธิราช สถาบัน  
พระปกเกล้า(ฝั่งลานจอตรด) ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ถ.แจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร  
โดยแสดงบัตรประจำตัวผู้ประกอบการโรคริลปะร่วมด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ผู้ประกอบการโรคริลปะในสาขาของท่าน และติดประกาศรับ  
สมัครตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ ให้ทราบโดยทั่วกันต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวิมล เจริญวิวัฒนาภรณ์)  
รองผู้บัญชาการศูนย์บริการและพัฒนาระบบสุขภาพ  
ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์และส่งเสริมสุขภาพจังหวัด  
เขต 13 กรุงเทพมหานคร

สำนักงานเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

โทร ๐๒-๑๕๒-๐๙๗๖

โทรสาร ๐๒-๑๕๓-๘๗๗๒-๓

ผู้รับผิดชอบ ณัฐญา ศิลปอนันต์, ฤทัยรัตน์ ลิ้มสุธาโภชน์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร  
ประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกเป็นผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพและ  
ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ ระดับจังหวัด(กรุงเทพมหานคร)

เพื่อเข้าร่วมคัดเลือกระดับประเทศเป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ  
สาธารณสุข ตามมาตรา ๔๘ - ๕๐ แห่งพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕

**คุณสมบัติของผู้สมัครผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ**

๑. เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ หรือ ทันตกรรม หรือ เภสัชกรรม
๒. มีสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร  
(กรณีผู้ประกอบวิชาชีพมีสถานที่ปฏิบัติงานหลายจังหวัด ให้มีสิทธิคัดเลือกเป็นผู้แทนผู้ประกอบ  
วิชาชีพได้เพียงจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเท่านั้น)

**คุณสมบัติของผู้สมัครผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ**

๑. เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ , สาขารังสีเทคนิค , สาขา  
กิจกรรมบำบัด , สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อ  
ความหมาย และให้รวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด และผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์
๒. มีสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร  
(กรณีผู้ประกอบโรคศิลปะมีสถานที่ปฏิบัติงานหลายจังหวัด ให้มีสิทธิคัดเลือกเป็นผู้แทนผู้  
ประกอบโรคศิลปะได้เพียงจังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเท่านั้น)

\*\*\*หมายเหตุ ทั้งนี้ผู้สมัครสามารถยื่นใบสมัครได้ด้วยตนเอง หรือ ส่งทางไปรษณีย์ มาที่

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร

๑๒๐ หมู่๓ ชั้น ๕ อาคารบีโซนทิศใต้ (อาคารจอดรถ) ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ ๑.แจ้งวัฒนะ

แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ โทรศัพท์ ๐ ๒๑๔๒ ๑๐๐๐

โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๘๗๗๒-๓ ติดต่อ คุณณัฐญา, คุณฤทัยรัตน์

ตั้งแต่วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔ (กรณีสมัครทางไปรษณีย์) หรือสมัครด้วยตนเอง ได้ถึง

วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เวลา ๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. ยกเว้นวันหยุดราชการ

**ผู้มีสิทธิเลือกผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ**

- เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ หรือ ทันตกรรม หรือ เภสัชกรรม *โดยต้อง  
แสดงบัตรผู้ประกอบวิชาชีพในวันคัดเลือก*

**ผู้มีสิทธิเลือกผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ**

- เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ , สาขารังสีเทคนิค , สาขา  
กิจกรรมบำบัด , สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการ  
สื่อความหมาย และให้รวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด และผู้ประกอบวิชาชีพ  
เทคนิคการแพทย์ *โดยต้องแสดงบัตรผู้ประกอบโรคศิลปะในวันคัดเลือก*

กำหนดการรับสมัครและคัดเลือกผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพและผู้แทนผู้ประกอบการศิลปะ  
ระดับจังหวัด (กรุงเทพมหานคร)

เพื่อเข้าร่วมคัดเลือกระดับประเทศเป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ  
สาธารณสุข

วันที่	การดำเนินการ
<p>บัดนี้ - ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๔ (กรณีสมัครทางไปรษณีย์)</p> <p>บัดนี้- ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔ (กรณีสมัครด้วยตนเอง)</p>	<p>รับสมัครผู้เข้ารับการคัดเลือก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพ</li> <li>- ผู้แทนผู้ประกอบการศิลปะระดับจังหวัด (กรุงเทพมหานคร)</li> </ul>
<p>๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔</p> <p>ณ ห้องสี่ตมราชอิริราช สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการ เฉลิมพระเกียรติ (อาคารบี) เวลา ๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.</p>	<p>๑. ผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทัศนกรรมและเภสัชกรรมคัดเลือกกันเอง (จากผู้สมัครที่เข้ารับ การคัดเลือกให้เป็นผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพระดับจังหวัด (กรุงเทพมหานคร) วิชาชีพละ ๑ คน</p> <p>๒. ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ , สาขารังสีเทคนิค , สาขากิจกรรมบำบัด , สาขาเทคโนโลยีหัวใจ และทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อ ความหมาย และให้รวมถึงผู้ประกอบการวิชาชีพกายภาพบำบัด และผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ คัดเลือกกันเอง (จาก ผู้สมัครที่เข้ารับการคัดเลือกให้เป็นผู้แทนผู้ประกอบการศิลปะ ระดับจังหวัด(กรุงเทพมหานคร) สาขาละ ๑ คน</p>
<p>๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๔</p> <p>ณ ห้องคอนเวนชัน โรงแรมรามการ์เด้น ถ.วิภาวดี กรุงเทพมหานคร เวลา ๙.๐๐ น.</p>	<p>๑. ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพระดับจังหวัดทุกจังหวัดทั่วประเทศ ร่วมคัดเลือกกันเอง ให้เป็นกรรมการในคณะกรรมการควบคุม คุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข วิชาชีพละ ๑ คน</p> <p>๒. ผู้แทนผู้ประกอบการศิลปะระดับจังหวัดทุกจังหวัดทั่ว ประเทศ ร่วมคัดเลือกกันเอง ให้เหลือจำนวน ๓ คน เป็น กรรมการในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน บริการสาธารณสุข</p>



รูปถ่าย  
ขนาด 2 นิ้ว

### ใบสมัครผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ

เข้ารับเลือกเป็นผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะระดับจังหวัด (กรุงเทพมหานคร)  
เพื่อเข้าร่วมคัดเลือกระดับประเทศ เป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ  
สาธารณสุข ตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ข้าพเจ้า ( นาย,นาง,นางสาว ).....นามสกุล.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ชื่อสถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ทำงาน.....

.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ตำแหน่ง.....

ขอสมัครรับเลือกเป็นผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะระดับจังหวัด (กรุงเทพมหานคร)  
สาขา.....เป็นกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขตาม  
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 พร้อมได้แนบเอกสารดังนี้

1. สำเนาใบประกอบโรคศิลปะ สาขา..... จำนวน 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประชาชน จำนวน 1 ฉบับ
3. หนังสือรับรองการทำงาน จำนวน 1 ฉบับ
4. รูปถ่ายสีขนาด 2 นิ้ว จำนวน 1 รูป, ขนาดโปสการ์ด (4 x 6 นิ้ว) จำนวน 1 รูป ( ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน)

\*\*\*หมายเหตุ สำเนาเอกสารทุกฉบับโปรดลงลายมือชื่อพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

( )

สมัครวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

เอกสารครบ

เอกสารไม่ครบ



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร  
120 ม. 3 อาคารบี โซนทิศใต้ ชั้น 5 (ฝั่งสาธิตจตุรดา)  
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง  
เขตหลักสี่ จ.กรุงเทพมหานคร 10210  
โทรศัพท์ 02-142-1000 โทรสาร 02-143-8772, 02-143-8773

รถโดยสารประจำทาง สาย 356, 190  
รถตู้ สายมีนบุรี-ปากเกร็ด, อนุสาวรีย์-ปากเกร็ด,  
รังสิต-ปากเกร็ด, ม.ราม-ปากเกร็ด,  
และเข้าไปได้ในศูนย์ราชการฯ ประมาณ 1 กิโลเมตร

โดยมีบริการรถรับส่งสำหรับผู้พิการ (ฟรี)  
(อยู่ในบริเวณทางเข้าด้านหน้าศูนย์ราชการฯ แจ้งวัฒนะ 7)

**ห้องประชุมสภามันพระปกเกล้าจะอยู่ติดกับ  
สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร**

การเดินทางมาสภามันพระปกเกล้า

1. การเดินทางโดยรถเมล์ส่วนตัว หรือมอเตอร์ไซด์รับจ้าง  
เข้าทางเข้าใหญ่ ขับตรงไป เลี้ยวขวาแยกที่ 3  
(ตรงป้าย u-bank ที่ 3 จะเห็นศาลาพระพุ่มและอาคารบี อยู่ด้านซ้ายมือ)  
ขับตรงไปจนสุดทางเลี้ยวซ้าย  
ขับตรงไป เลี้ยวซ้ายตรงป้าย ทางเข้า 3  
ขับขึ้นไปศาลาเจดีย์ชั้น 5 ได้เลยโดยใช้ ทางสไลเดอร์  
เมื่อถึงชั้น 5 เลี้ยวซ้ายขับตรงไปหาที่จอดรถตรงที่ไม่มีป้าย  
ห้องประชุม เข้าตรงประตู 4 สภามันพระปกเกล้า





ส่ง...งานกฎหมาย (เบอร์ fax 02-143-8772-3)

แบบตอบรับเข้าร่วมใช้สิทธิลงคะแนนคัดเลือกผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ หรือ ผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะ  
ระดับจังหวัดกรุงเทพมหานคร

ชื่อ.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

(ผู้มาลงคะแนน ต้องมีสถานที่ปฏิบัติงานที่กรุงเทพมหานคร)

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้าน

- ทันตกรรม
- พยาบาลและผดุงครรภ์
- เกษษกรรม

เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะสาขา

- การแพทย์แผนไทยประยุกต์
- รังสีเทคนิค
- กิจกรรมบำบัด
- เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
- การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- เทคนิคการแพทย์
- กายภาพบำบัด

ท่านผู้ประกอบวิชาชีพ หรือ ผู้ประกอบโรคศิลปะที่ประสงค์เข้าร่วมลงคะแนน ขอความกรุณาแจ้งความประสงค์  
โดยเลือกวิธีการที่ท่านสะดวก 3 ช่องทาง ดังนี้ ( แจ้งภายในวันที่ 27 พฤษภาคม 2554 )

1. fax แบบตอบรับนี้ที่หมายเลข fax 02-143-8772-3 หรือ
2. โทรแจ้งที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-142-0976 ติดต่อ คุณณัฐญา , คุณฤทัยรัตน์ (งานกฎหมาย) หรือ
3. e-mail มาที่ nuttiya.s@nhso.go.th

โดยแจ้งชื่อ,หน่วยงาน,เป็นผู้ประกอบวิชาชีพใดหรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาใด

ทั้งนี้ เพื่อ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร จะได้เตรียมการอำนวยความสะดวกให้กับท่านอย่างดีที่สุด

กำหนดการเลือกผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพและผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะระดับจังหวัด  
ร่วมเป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข  
วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔ เวลา ๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.  
ณ ห้องสัคนาราชาริราช สถาบันพระปกเกล้า ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ

.....

- ๙.๐๐ - ๙.๓๐ น. ลงทะเบียน
- ๙.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. กล่าวต้อนรับ และชี้แจงวิธีการคัดเลือก  
โดย นายแพทย์รัฐพล เตரியวิชานนท์
- ๑๐.๐๐ - ๑๐.๓๐ น. ผู้คัดเลือกและผู้เข้ารับการคัดเลือก แยกห้องตามวิชาชีพหรือสาขานั้นๆ  
และผู้เข้ารับการคัดเลือก แนะนำตัวเอง พร้อมแสดงวิสัยทัศน์, ประสบการณ์ทำงาน,  
ความสนใจเกี่ยวกับงานประกันสุขภาพ(ห้ามละไม่เกิน ๕ นาที)
- ๑๐.๓๐ - ๑๑.๓๐ น. คัดเลือกผู้แทนโดยลงคะแนนลับ
- ๑๑.๓๐ น. ปิดการลงคะแนน
- ๑๑.๓๐ - ๑๑.๔๕ น. แต่ละห้องนับคะแนน
- ๑๑.๔๕ - ๑๒.๐๐ น. ประกาศรายชื่อผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพและผู้แทนผู้ประกอบโรคศิลปะระดับจังหวัด  
กรุงเทพมหานคร
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. รับประทานอาหารกลางวัน