**สถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร**

**กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

**ติดรูปถ่าย**

**ผู้สมัคร**

**(รูปถ่ายไม่เกิน 6 เดือน )**

**งานโรคทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบลราชวิถี**

**หลักสูตรการฝึกอบรม** **Basic Diagnostic and Therapeutic Endoscopy**

 **สำหรับแพทย์ทั่วประเทศ**

 **[ ] รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒**

 **[ ] รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑ – ๓๑ กรกฏาคม ๒๕๖๒**

ชื่อภาษาไทย......................................................................นามสกุล.....................................................................

ชื่อภาษาอังกฤษ...................................................................................................................................................

วันเดือนปี เกิด.............................................................ตำแหน่ง.........................................................................

สถานภาพ [ ] โสด [ ] สมรส [ ] หย่า [ ] แยก

จบการศึกษาแพทย์จาก.........................................................................................เมื่อ พ.ศ.............................

ประวัติการศึกษาอบรม....................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่............................หมู่..............ซอย..........................ถนน.............................

ตำบล................................เขต/อำเภอ...........................จังหวัด..................................รหัสไปรษณีย์........................โทรศัพท์..........................ต่อ...................โทรสาร.............................................

ต่อ................................................ E-mailAddress………………………………………………………….

สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยงาน......................................................................................................

โรงพยาบาล........................................................... สังกัด [ ] รัฐบาล [ ] เอกชน [ ] กทม.

เลขที่.....................หมู่..............ซอย.............ถนน............................แขวง/ตำบล................................

เขต/อำเภอ.......................................จังหวัด.................................รหัสไปรษณีย์...........................

.เบอร์โทรศัพท์.....................................................ต่อ........................

โทรสาร....................................................................

ข้อมูลหน่วยงาน

 จำนวนแพทย์ที่ทำการส่องกล้อง............................คน ผ่านการอบรม............................คน

 จำนวนพยาบาลประจำหน่วย.................คน ผ่านการอบรม Endoscopy Nurse…………… คน

 จำนวนกล้องส่องตรวจ

 Gastroscope……….ตัว Colonoscope……....ตัว ERCP……..ตัว EUS……….ตัว other……..ตัว

 ปริมาณผู้ป่วยส่องกล้อง

 Gastroscope……….คน Colonoscope……....คน ERCP……..ตัว EUS……….ตัว other……..ตัว

ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการส่องกล้องทางเดินอาหาร...........ปี

เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องการฝึกอบรมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

สถาบันฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ชั้น 10 ตึกสิรินธร โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 2 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-354810 ต่อ 3119, 3120 Fax. 02-3548108 ต่อ 3119 หรือ

 085-5323723 e-mail . natte-060@hotmail.com