

## รายละเอียดเพิ่มเติมและขอความร่วมมือ (สคร.) แจ้งดำเนินการ ดังนี้

### ดำเนินการ ดังนี้

๑. ประสานชี้แจงและเชิญพื้นที่ในเขตรับผิดชอบเกี่ยวกับการเข้าร่วมประชุม
๒. บริหารจัดการเกี่ยวกับการลงทะเบียนออนไลน์ โดย สคร. จะดำเนินการลงทะเบียนออนไลน์ให้กับพื้นที่ในเขตรับผิดชอบในแต่ละประเภท หรือให้พื้นที่ในเขตรับผิดชอบลงทะเบียนออนไลน์เองตามสิทธิ์ที่ได้รับและประเภทของสิทธิ์ (ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของ สคร.)
๓. เอกสารแนบ
  - รายละเอียดประเภทของกลุ่มเป้าหมาย
  - วิธีการลงทะเบียนออนไลน์
  - แบบแจ้งรายชื่อสำหรับจังหวัดที่ได้รับรางวัลทั้ง ๓ ประเภท

## รายละเอียดประเภทกลุ่มเป้าหมาย

การแบ่งกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมประชุมวิชาการ NCD Forum 2015 (มหกรรมสุขภาพโรคมืดติดต่อ)

ตามที่ทางกรมควบคุมโรคจะจัดงาน NCD Forum ในวันที่ ๑๐ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ ซึ่งการจัดกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมงานนั้น แบ่งเป็น ๓ ประเภท โดยทางสำนักโรคมืดติดต่อจะขอความอนุเคราะห์ทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ ในการรวบรวมรายชื่อของผู้เข้ารับรางวัลทั้ง ๓ ประเภท และลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์ประเภทที่ ๑, ๒ และ ๓ ซึ่งจะเปิดลงทะเบียนพร้อมกันทั้ง ๓ ประเภทที่หน้าเว็บไซต์สำนักโรคมืดติดต่อ ([www.ThaiNcd.com](http://www.ThaiNcd.com)) ดังนี้

ประเภทที่ ๑ จังหวัดดีเด่นระดับภาค ๔ จังหวัด จะเปิดลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และปิดการลงทะเบียนในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๘ เวลา ๒๔.๐๐ น.

ประเภทที่ ๒ อำเภอดีเด่นระดับเขต จำนวน ๑๒ เขต จะเปิดลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และปิดลงทะเบียนในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘ เวลา ๒๔.๐๐ น.

ประเภทที่ ๓ การดำเนินงานเด่นโดย SIIM จะเปิดลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และปิดการลงทะเบียนในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๘ เวลา ๒๔.๐๐ น.

โดยเมื่อผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ ได้ดำเนินการลงทะเบียนออนไลน์เรียบร้อยแล้ว ขอความอนุเคราะห์ส่งรายชื่อที่ลงทะเบียนกลับมาที่ กลุ่มโรคมืดติดต่อเรื่องรังสำนักโรคมืดติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๗ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๘ ภายในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๘ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

๑. ผู้ที่ได้รับรางวัลประเภทต่างๆ สามารถเบิกค่าใช้จ่ายตามระเบียบของทางราชการจากสำนักโรคมืดติดต่อทั้งหมด ได้แก่

### ๓.๑ ประเภทที่ ๑ ประเภทจังหวัดดีเด่นระดับภาค ๔ จังหวัด

๓.๑.๑ ภาคเหนือ ๑ จังหวัด เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ

จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

๓.๑.๒ ภาคกลาง ๑ จังหวัด เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ

จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

๓.๑.๓ ภาคใต้ ๑ จังหวัด เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ

จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

๓.๑.๔ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑ จังหวัด เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่าย

อื่นๆ จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

### ๓.๒ ประเภทที่ ๒ ประเภทอำเภอดีเด่นระดับเขต จำนวน ๑๒ เขต

๓.๒.๑ รางวัลที่ ๑ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆเขตละ ๑๐ คน

และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

๓.๒.๒ รางวัลที่ ๒ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆเขตละ ๕ คน

และอสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๐ คน

๓.๒.๓ รางวัลที่ ๓ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆเขตละ ๕ คน  
และอสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๐ คน

๓.๓ ประเภทที่ ๓ ประเภทการดำเนินงานเด่นโดย SIIM

๓.๓.๑ ประเภทที่ ๑ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆจังหวัดละ ๑๐ คน  
๓.๓.๒ ประเภทที่ ๒ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆจังหวัดละ ๑๐ คน  
๓.๓.๓ ประเภทที่ ๓ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆจังหวัดละ ๑๐ คน

๒. ประเภทเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัด ยกเว้นค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างซึ่งทางสำนักโรคไม่ติดต่อ  
จะเป็นผู้รับผิดชอบ ได้แก่

๒.๑ บุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๕ ท่าน  
(ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน)

๒.๒ บุคลากรจากเขตบริการสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๒ ท่าน  
(ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน)

๒.๓ บุคลากรจากศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๓ ท่าน  
(ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน)

๒.๔ บุคลากรจากศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๓ ท่าน  
(ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน)

๒.๕ บุคลากรจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขตที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๓ ท่าน  
(ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน)

๒.๖ บุคลากรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตที่ ๑ - ๑๓ แห่งละ ๒ ท่าน  
(ผู้บริหารและบุคลากรในหน่วยงาน)

สำหรับรายละเอียดในการจัดงานและการลงทะเบียนออนไลน์จะมีการประชาสัมพันธ์  
ผ่านเว็บไซต์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ([www.ThaiNcd.com](http://www.ThaiNcd.com)) หรือสอบถามได้ที่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
สำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๘๗

## แบบแจ้งรายชื่อสำหรับจังหวัดที่ได้รับรางวัลทั้ง ๓ ประเภท

การประชุม NCD Forum 2015 (มหกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อ)

วันที่ ๑๐-๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๗.๐๐ น. ณ อิมแพคฟอรั่ม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี

\*\*\*\*\*

## ประเภทที่ ๑ จังหวัดดีเด่นระดับภาค ๔ จังหวัด

- เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน  
รายชื่อเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ จังหวัดละ ๑๐ คน

ภาค :..... ชื่อผู้ประสานงานหลัก : .....เบอร์โทรศัพท์.....

๑. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๒. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๓. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๔. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๕. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๖. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๗. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๘. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๙. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๑๐. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

รายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดละ ๕ คน

ภาค : ..... ชื่อผู้ประสานงานหลัก : ..... เบอร์โทรศัพท์.....

๑. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/  
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๒. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/  
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๓. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/  
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๔. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/  
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๕. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/  
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๖. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/  
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๗. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/  
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

หมายเหตุ : ขอความกรุณา ส่งแบบแจ้งรายชื่อกลับมาที่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

ทางโทรสาร ๐๒-๕๕๐๓๙๘๘

**ประเภทที่ ๒ ประเภทอำเภอดีเด่นระดับเขต จำนวน ๑๒ เขต**

รางวัลที่ ๑ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ เขตละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

รางวัลที่ ๒ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ เขตละ ๕ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๐ คน

รางวัลที่ ๓ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ เขตละ ๕ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๐ คน

รางวัลที่ : .....

ชื่อผู้ประสานงานหลัก : .....เบอร์โทรศัพท์.....

๑. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๒. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๓. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๔. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๕. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๖. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๗. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๘. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๙. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๑๐. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

**หมายเหตุ :** ขอความกรุณา ส่งแบบแจ้งรายชื่อกลับมาที่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

ทางโทรสาร ๐๒-๕๕๐๓๙๘๘

รายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดละ ๕ คน

ภาค : ..... ชื่อผู้ประสานงานหลัก : ..... เบอร์โทรศัพท์.....

๑. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

รพ.สต.ที่รับผิดชอบ .....

E-mail .....

๒. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

รพ.สต.ที่รับผิดชอบ .....

E-mail .....

๓. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

รพ.สต.ที่รับผิดชอบ .....

E-mail .....

๔. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

รพ.สต.ที่รับผิดชอบ .....

E-mail .....

๕. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน/ ..... โทรศัพท์ (มือถือ) .....

รพ.สต.ที่รับผิดชอบ .....

E-mail .....

หมายเหตุ : ขอความกรุณา ส่งแบบแจ้งรายชื่อกลับมาที่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

ทางโทรสาร ๐๒-๕๙๐๓๙๘๘

ประเภทที่ ๓ ประเภทการดำเนินงานเด่น โดย SIIM จำนวน ๓ ประเภท

ประเภทที่ ๑ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆจังหวัดละ ๑๐ คน

ประเภทที่ ๒ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆจังหวัดละ ๑๐ คน

ประเภทที่ ๓ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆจังหวัดละ ๑๐ คน

รางวัลประเภท : .....

ชื่อผู้ประสานงานหลัก : .....เบอร์โทรศัพท์.....

๑. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๒. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๓. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๔. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๕. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๖. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๗. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๘. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๙. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

๑๐. ชื่อ - สกุล .....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน .....โทรศัพท์ (มือถือ) .....

E-mail .....

หมายเหตุ : ขอความกรุณา ส่งแบบแจ้งรายชื่อกลับมาที่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

ทางโทรสาร ๐๒-๕๙๐๓๙๘๘



## เอกสารสำหรับการเบิกจ่าย

๑. อนุมัติเดินทางไปราชการ (ฉบับจริง)
๒. กรณีเดินทางไปราชการโดยรถยนต์ราชการ จะต้องแนบ
  - ๒.๑ ใบอนุญาตใช้รถยนต์ราชการ
  - ๒.๒ ใบเสร็จค่าน้ำมัน
  - ๒.๓ ใบค่าธรรมเนียมผ่านทาง (ถ้ามี)
๓. กรณีเดินทางไปราชการโดยเครื่องบิน
  - ๓.๑ ใบเสร็จรับเงิน
  - ๓.๒ รายละเอียดการเดินทาง (E-ticket) ฉบับจริง
  - ๓.๓ Boarding Pass (ทางตัว) ทั้งขาไป และขากลับ

\* ทั้งนี้ ขอให้ผู้เข้าร่วมประชุม ส่งใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พร้อมเอกสารดังกล่าวข้างต้น

\*\* ขอความร่วมมือในการเตรียมหลักฐานมาประกอบการเบิกจ่ายให้ครบถ้วนในวันงาน กรณีเอกสารไม่ครบทางสำนักโรคไม่ติดต่อขออนุญาตโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารโดยขอหักค่าธรรมเนียมการโอนจากผู้รับ

หมายเหตุ :

๑. งดเบิกค่าพาหนะชุดเซย (รถยนต์ส่วนตัว)
๒. กรณีเดินทางไปราชการโดยเครื่องบิน ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะผู้มีสิทธิ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้เบิกได้ตาม ความจำเป็นและประหยัด
๓. ให้เดินทางโดยใช้ยานพาหนะประจำทางและเบิกค่าพาหนะได้เท่าที่จ่ายจริงโดยประหยัด ไม่เกินสิทธิที่ผู้เดินทางจะพึงได้รับตามประเภทของพาหนะที่ใช้เดินทาง

กรุณาส่งแบบตอบรับไปยัง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ  
โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐๓๙๘๗ เบอร์โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๘