

## รายละเอียดเพิ่มเติมและขอความร่วมมือ (สคร.) แจ้งดำเนินการ ดังนี้

### ดำเนินการ ดังนี้

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

## รายละเอียดประเภทกลุ่มเป้าหมาย

การแบ่งกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมประชุมวิชาการ NCD Forum 2015 (มหกรรมสุขภาพโรคไม่ติดต่อ)

ตามที่ทางกรมควบคุมโรคจะจัดงาน NCD Forum ในวันที่ ๑๐ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ ซึ่งการจัดกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมงานนั้น แบ่งเป็น ๓ ประเภทตามการเบิกจ่าย คือ

### ๑. ประเภทเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักโรคไม่ติดต่อตามระเบียบของกระทรวงการคลัง ได้แก่

๑.๑ ผู้บริหารระดับสูงของส่วนกลางและแขกผู้มีเกียรติ จำนวน ๑๐๐ คน

๑.๒ คณะทำงานส่วนกลางและวิทยากร จำนวน ๒๐๐ คน

๑.๓ ผู้ได้รับรางวัลประเภทต่างๆ ได้แก่

#### ๑.๓.๑ ประเภทที่ ๑ ประเภทอำเภอดีเด่นระดับเขต จำนวน ๑๒ เขต

๑.๓.๑.๑ รางวัลที่ ๑ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆเขตละ ๑๐ คน  
และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

๑.๓.๑.๒ รางวัลที่ ๒ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆเขตละ ๕ คน  
และอสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๐ คน

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

#### ๑.๓.๒ ประเภทที่ ๒ ประเภทจังหวัดดีเด่นระดับภาค ๔ จังหวัด

๑.๓.๒.๑ ภาคเหนือ ๑ จังหวัด เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ  
จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

๑.๓.๒.๒ ภาคกลาง ๑ จังหวัด เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ  
จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

๑.๓.๒.๓ ภาคใต้ ๑ จังหวัด เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ  
จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

๑.๓.๒.๔ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๑ จังหวัด เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและ  
เครือข่ายอื่นๆ จังหวัดละ ๑๐ คน และ อสม. ๕ คน รวมเป็น ๑๕ คน

#### ๑.๓.๓ ประเภทที่ ๓ ประเภทเขตดีเด่นระดับประเทศ(SIIM) จำนวน ๓ เขต

๑.๓.๓.๑ ประเภทที่ ๑ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ  
จังหวัดละ ๑๐ คน

๑.๓.๓.๒ ประเภทที่ ๒ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ  
จังหวัดละ ๑๐ คน

๑.๓.๓.๓ ประเภทที่ ๓ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขและเครือข่ายอื่นๆ  
จังหวัดละ ๑๐ คน

**๒. ประเภทเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัด ยกเว้นค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างซึ่งทางสำนักโรคไม่ติดต่อจะเป็นผู้รับผิดชอบ ได้แก่**

๒.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายในจังหวัดที่ไม่ได้รับรางวัลผลงาน

เด่นด้านโรคไม่ติดต่อ จังหวัดละ ๑๐ ท่าน

๒.๒ บุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๕ ท่าน

๒.๓ บุคลากรจากเขตบริการสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๒ ท่าน

๒.๔ บุคลากรจากศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๓ ท่าน

๒.๕ บุคลากรจากศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๓ ท่าน

๒.๖ บุคลากรจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขตที่ ๑ - ๑๒ แห่งละ ๓ ท่าน

๒.๗ บุคลากรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตที่ ๑ - ๑๓ แห่งละ ๒ ท่าน

๒.๘ ผู้แทนจากองค์กรต่างๆที่เป็นภาคีเครือข่าย

๒.๙ นักวิชาการ อาจารย์ นักศึกษาและผู้สนใจ

**๓. ประเภทรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ได้แก่**

๓.๑ ผู้ที่สนใจเข้าร่วม หรือ ผู้ที่ลงทะเบียนเกินจำนวนโควตา ๑,๕๐๐ คน

โดยทางสำนักโรคไม่ติดต่อจะขอความอนุเคราะห์ทางสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ ดังนี้

- รวบรวมรายชื่อของทีมที่ได้รับรางวัล ทั้งในประเภท ๑.๓.๑,๑.๓.๒ และ ๑.๓.๓ ในเขตที่สมัครรับผิดชอบทั้ง ๓ รางวัล และลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์ในประเภทที่ ๑ ที่ผู้ลงทะเบียนสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักโรคไม่ติดต่อตามระเบียบของกระทรวงการคลัง ซึ่งจะเปิดลงทะเบียนพร้อมกันทั้ง ๓ ประเภทที่หน้าเว็บไซต์สำนักโรคไม่ติดต่อ ([www.ThaiNcd.com](http://www.ThaiNcd.com))

- ประสานจังหวัดที่ได้รับรางวัลที่ ๑ ของแต่ละประเภทเพื่อมาจัดบูธนิทรรศการในวันงานโดยบริหารจัดการในจำนวน ๑๕ คน ที่ได้รับจัดสรร

**การลงทะเบียนออนไลน์**

**ประเภทที่ ๑ ประเภทเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักโรคไม่ติดต่อตามระเบียบของกระทรวงการคลัง** จะเปิดลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และปิดการลงทะเบียนในวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๘ เวลา ๒๔.๐๐ น.

**ประเภทที่ ๒ ประเภทเบิกค่าใช้จ่ายจากต้นสังกัด ยกเว้นค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างซึ่งทางสำนักโรคไม่ติดต่อจะเป็นผู้รับผิดชอบ** จะเปิดลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และปิดลงทะเบียนในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘ เวลา ๒๔.๐๐ น.

**ประเภทที่ ๓ ประเภทรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด** จะเปิดลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๕๘ และปิดการลงทะเบียนในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๘

**หมายเหตุ :**

➤ การลงทะเบียนของผู้ที่ได้รับรางวัล โดยเมื่อผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ ได้ดำเนินการลงทะเบียนออนไลน์เรียบร้อยแล้วในส่วนของผู้ที่ได้รับรางวัลขอความอนุเคราะห์ส่งรายชื่อที่ลงทะเบียนกลับมาที่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๗ โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๘ ภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๘

➤ การลงทะเบียนในประเภท ๑-๓ ผู้ที่ลงทะเบียนจะได้รับรหัสการลงทะเบียนผ่านทาง E-mail ของผู้ที่ลงทะเบียน เพื่อใช้ในการรับเอกสารการประชุม

สำหรับรายละเอียดในการจัดงานและการลงทะเบียนออนไลน์จะมีการประชาสัมพันธ์ผ่านเว็บไซต์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ([www.ThaiNcd.com](http://www.ThaiNcd.com)) หรือสอบถามได้ที่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท ๐ ๒๕๕๐ ๓๙๘๘๗

แบบแจ้งรายชื่อสำหรับจังหวัดที่ได้รับรางวัลทั้ง ๓ ประเภท  
การประชุม NCD Forum 2015 (มหกรรมสุขภาพโรคมืดติดต่อ)

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

\*\*\*\*\*

**ประเภทที่ ๑ 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 และอสม. 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 .....

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 สิงหาคม๒๕๕๘  
ทางโทรสาร ๐๒-๕๙๐๓๙๘๘

**ประเภทที่ ๒ 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/ ..... 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 สิงหาคม๒๕๕๘

ทางโทรสาร ๐๒-๕๙๐๓๙๘๘



**ประเภทที่ ๓ ประเภทเขตดีเด่นระดับประเทศ (SIIM) จำนวน ๓ เขต**

- 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 สิงหาคม๒๕๕๘

ทางโทรสาร ๐๒-๕๙๐๓๙๘๘

## เอกสารสำหรับการเบิกจ่าย

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

\* ทั้งนี้ ขอให้ผู้เข้าร่วมประชุม ส่งใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พร้อมเอกสารดังกล่าวข้างต้น

\*\* ขอความร่วมมือในการเตรียมหลักฐานมาประกอบการเบิกจ่ายให้ครบถ้วนในวันงาน กรณีเอกสารไม่ครบทางสำนักโรคไม่ติดต่อขออนุญาตโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารโดยขอหักค่าธรรมเนียมการโอนจากผู้รับ

**หมายเหตุ :**

๑. งดเบิกค่าพาหนะชดเชย (รถยนต์ส่วนตัว)
๒. กรณีเดินทางโดยเครื่องบิน ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะผู้มีสิทธิ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้เบิกได้ตาม ความจำเป็นและประหยัด
๓. ให้เดินทางโดยใช้ยานพาหนะประจำทางและเบิกค่าพาหนะได้เท่าที่จ่ายจริงโดยประหยัด ไม่เกินสิทธิที่ผู้เดินทางจะพึงได้รับตามประเภทของพาหนะที่ใช้เดินทาง

กรุณาส่งแบบตอบรับไปยัง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ  
โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐๓๙๘๘๗ เบอร์โทรสาร : ๐๒-๕๙๐๓๙๘๘๘