

- ประกาศนียบัตรผู้ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ

๐ หนังสือรับรองอยู่ในระหว่างเพิ่มพูนทักษะ

๐ จดหมายรับรองการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

(กรณีใบฯหาย)



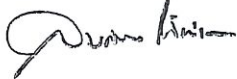
เลขที่ ๑๙๑/๒๕๕๓ (ใบแทน)

ประกาศนียบัตรนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

ได้ผ่านการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะตามเกณฑ์ของแพทยสภา
มีเกียรติและสิทธิแห่งประกาศนียบัตรนี้ทุกประการ
ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๕๓

ใบแทนประกาศนียบัตรนี้ออกให้ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๕๕


เลขาธิการแพทยสภา


นายกแพทยสภา



ที่ อบ ๐๐๓๒.๑๐๑/ ๑๓๓๓

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ถนนสรรพสิทธิ อำเภอมือง
จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นาย ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ
สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้มาฝึกปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี ระหว่างวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๗ - วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ ขณะนี้กำลังปฏิบัติงาน
เพิ่มพูนทักษะ ณ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จจริง และคาดว่าจะสำเร็จโครงการ
เพิ่มพูนทักษะ ในวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๘ รวมระยะเวลาฝึกปฏิบัติเพิ่มพูนทักษะเป็นเวลา ๑ ปี

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๗



(นายชลิต ทองประยูร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

องค์กรแพทย์

โทร. ๐ ๔๕๒๕ ๔๔๗๐ ต่อ ๑๕๔๖

โทรสาร ๐ ๔๕๒๕ ๔๔๗๐



แพทยสภา
The Medical Council

ชั้น 7 อาคาร 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000
7th Floor, Office of the Permanent Secretary, The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Nonthaburi 11000, Thailand.
Tel: (0)2590-1880-1, (0) 2590-1883, (0) 2590-1886-8, (0) 2590-1894, (0) 2591-8614 Fax: (0) 2591-8614-5
Website : www.tmc.or.th E-Mail : tmc@tmc.or.th, tmc@health.moph.go.th

พส 012/

วัน..... เดือน พ.ศ.

เรื่อง รับรองการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ

เรียน ผู้เกี่ยวข้อง

ขอรับรองว่า แพทย์หญิง/นายแพทย์..... ได้ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะ
ที่โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ตั้งแต่ วันที่ เดือน พ.ศ.
ถึง วัน..... เดือน พ.ศ..... ครบตามเกณฑ์ของแพทยสภาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จดหมายรับรองฉบับนี้ ออกตามประกาศนียบัตร เลขที่/.....
วันที่ เดือน..... พ.ศ..... ซึ่งได้รับการรับรองโดยแพทยสภาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์สัมพันธ์ คมฤทธิ์)

เลขาธิการแพทยสภา