

HR



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขต ๗ ขอนแก่น
๓๕๖/๑ อาคารซีที ชั้น ๓ ถนนมิตรภาพ ต.เมืองเก่า อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๔๓๓๖ ๕๒๐๐ โทรสาร ๐ ๔๓๓๖ ๕๑๑๑ www.nhso.go.th/khonkaen

ที่ สปสช. ๕.๓๐ / ๑.๗๗๗

๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
เลขที่รับ 14317
ลงวันที่ 10 กค 2563
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่ 4649
วัน เดือน ปี 13 กค ๒๕๖๓
เวลา 13.15 น.

เรื่อง เสนอชื่อบุคคล หรือองค์กร เพื่อเข้ารับการคัดเลือกรับรางวัลมิตรภาพดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๓

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | | | |
|---|-------|---|-----|
| ๑. หลักเกณฑ์การคัดเลือกและมอบรางวัลมิตรภาพบำบัตดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยรัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๓ | จำนวน | ๑ | ชุด |
| ๒. แบบฟอร์มการเสนอผลงานมิตรภาพบำบัต เพื่อนช่วยเพื่อนดีเด่น | จำนวน | ๑ | ชุด |

ตามที่ มูลนิธิมิตรภาพบำบัต (กองทุน นพ.สงวน นิตยรัมภ์พงศ์) ได้จัดให้มีกิจกรรมมอบรางวัลมิตรภาพบำบัตดีเด่น นพ.สงวน นิตยรัมภ์พงศ์ เป็นประจำทุกปี และตามมติที่ประชุมวิสามัญของคณะกรรมการมูลนิธิมิตรภาพบำบัตครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๓ เห็นชอบให้มีการมอบรางวัลมิตรภาพบำบัตดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๓ ในงานครบ ๑๓ ปี การจากไปของ นพ.สงวน นิตยรัมภ์พงศ์ เลขาธิการคนแรกของ สปสช. ผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย ซึ่งงานดังกล่าวจะจัดขึ้นในเดือนมกราคม ๒๕๖๔ (กำหนดวันและสถานที่จัดงานกำลังพิจารณา)

เพื่อให้เป็นไปตามมติที่ประชุมดังกล่าวและสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัต จิตอาสา เพื่อนช่วยเพื่อน ของ สปสช. ทางมูลนิธิมิตรภาพบำบัตจึงใคร่ขอการสนับสนุนจากท่านในการดำเนินประชาสัมพันธ์ ประสานงาน และเสนอชื่อพร้อมประวัติ ผลงานดีเด่นมิตรภาพบำบัตของบุคคล (ผู้ป่วย อาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ) หน่วยบริการหรือองค์กรต่างๆ ที่สนับสนุนงานมิตรภาพบำบัต เพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อเข้ารับการคัดเลือกรับรางวัลมิตรภาพบำบัตดีเด่น นพ.สงวน นิตยรัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๓ ตามหลักเกณฑ์การคัดเลือก ในสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และ ๒ โดยส่งมาที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น หรือส่งที่มูลนิธิมิตรภาพบำบัต ที่อยู่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ อาคารบี ชั้น ๒ ภายในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ๑๐๒๑๐ ได้โดยตรง ภายในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้การสนับสนุนและดำเนินการดังกล่าว จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายดุสิต ศรีโคตร)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ปฏิบัติงานแทน

กลุ่มภารกิจคุ้มครองสิทธิและการมีส่วนร่วม

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๗ ขอนแก่น

โทรศัพท์ ๐๔๓-๓๖๕๒๐๐ โทรสาร ๐๔๓-๓๖๕๑๑๑

ผู้รับผิดชอบ นางสาวใจ สายปัญญา ๐๙๐ ๑๙๗ ๕๒๐๖ e-mail: saijai.s@nhso.go.th

FM-๔๐๑-๐๔-๐๔๐

ฉบับที่ ๐๕

วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๓

เรียน นาย. ศิวะ วัฒนกัน

เพื่อแจ้งผลการ

การปฏิบัติงานที่ปรึกษา ปรึกษาทางเทคนิค และ ควบคุมงาน
ก่อสร้าง เสาเข็มตอกดิน หรือ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในกรณี
อันเนื่องมาจากเหตุที่ปรึกษา ปรึกษาทางเทคนิค
สำหรับโครงการก่อสร้าง อาคารเรียน โรงเรียน
ที่ถนน ๑๑๒ HR ปอ. ทอ. ๒๒๐๓๓๓๓๓

ศาสตราจารย์
(นายคำผ่าน เมืองฟิล)

นักทรัพยากรบุคคล

๑๐๓๓๓



(นางจิตเกษม เบ็ญจพันธ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๑๔ ก.ค. ๒๕๖๓

ทราบ

ดำเนินการ



(นายบุญ เหมือนชาติ)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

14 กค 2563



หลักเกณฑ์การคัดเลือกและมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๓

เพื่อเป็นการรำลึกถึงนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และเพื่อเป็นการยกย่องเชิดชูเกียรติ ผู้ป่วย/อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หน่วยงาน/องค์กรที่ปฏิบัติงานมิตรภาพบำบัดทั้งภาครัฐ/เอกชน และสื่อมวลชน มูลนิธิมิตรภาพบำบัด (กองทุนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) จึงได้จัดกิจกรรม มอบรางวัลผลการดำเนินงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๓ ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

๑. สนับสนุนการดำเนินงานมิตรภาพบำบัดในระบบบริการสุขภาพ ตามหลัก Humanized Health Care ให้กว้างขวางครอบคลุมในหน่วยบริการทุกระดับยิ่งขึ้น
๒. สร้างเสริมขวัญกำลังใจและมอบรางวัล “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์” ประจำปี ๒๕๖๓ ให้แก่บุคคลและองค์กรที่มีผลงานด้านมิตรภาพบำบัดที่ดีเด่น เหมาะสมตามหลักเกณฑ์
๓. เพื่อส่งเสริมคุณค่าด้านจิตอาสา-จิตสาธารณะ และการทำประโยชน์แก่สังคมให้เป็นที่ประจักษ์ เกิดการยอมรับ และร่วมมือปฏิบัติให้เกิดขึ้นในสังคมไทยอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

นิยามของ “มิตรภาพบำบัด” หมายถึงการดูแลช่วยเหลือ ฟังพาสันับสนุนกันอย่างมิตร แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ป่วยช่วยผู้ป่วย ด้วยหัวใจจิตอาสาเพื่อเพื่อนมนุษย์ ภายใต้หลักการที่ว่าผู้มีความทุกข์ย่อมเห็นและเข้าใจความทุกข์ของผู้อื่น เกิดสังคมของความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน

ประเภทรางวัล มี ๕ ประเภท คือ

๑. ประเภท “ผู้ป่วยจิตอาสา” มิตรภาพบำบัดดีเด่น
๒. ประเภท “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
๓. ประเภท “หน่วยงาน /องค์กรและทีมงานสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ
๔. ประเภท “หน่วยงาน /องค์กร/ทีมงานสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ระดับชุมชน
๕. ประเภท “สื่อสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

หลักเกณฑ์การคัดเลือก “ผู้ป่วยจิตอาสา” มิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาให้หายหรือดีขึ้นแล้ว มีความมุ่งมั่นในการดูแลรักษาจิตใจอย่างเข้มแข็งจนสามารถผ่านวิกฤติได้ด้วยทัศนคติที่ดีต่อชีวิต และเป็นอาสาสมัครดำเนินงานมิตรภาพบำบัด
๒. เป็นแบบอย่างการต่อสู้รักษาชีวิต จิตใจของตนเอง ของผู้อยู่รอบข้างได้ดี และสามารถเป็นกำลังใจแก่ผู้อื่น
๓. มีกิจกรรมอาสาสมัครมิตรภาพบำบัด ช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นและชุมชน/สังคมอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑ ปี และยั่งยืน
๔. สามารถทำงานร่วมกับคน ชุมชน ท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข และผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

หลักเกณฑ์การคัดเลือก “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. เป็นแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการที่ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการหรือหน่วยงาน ที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้บุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคมทั่วไป มีเมตตาต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ร่วมงาน
๒. มีผลการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการ หน่วยงานอย่างเด่นชัดและต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
๓. มีการพัฒนาระบบบริการ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ มีการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ
๔. ปฏิบัติงานด้วยความสุจริต โปร่งใส มีคุณธรรม
๕. สามารถปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่อื่นๆ ชุมชน ท้องถิ่น ผู้ป่วยและครอบครัวได้เป็นอย่างดี
๖. มีการขยายเครือข่ายการดำเนินงานอย่างเห็นเป็นรูปธรรม

หลักเกณฑ์การคัดเลือก “หน่วยงาน /องค์กรและทีมงานสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ/ชุมชน

๑. เป็นหน่วยงาน/องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศ หรือเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่แสวงหากำไร ร่วมมือกันปฏิบัติงาน ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานมิตรภาพบำบัด
๒. มีกิจกรรมหรือผลงานที่สนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาบุคลากร ให้ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดได้อย่างโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์และยอมรับของผู้เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม
๓. มีการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๑ ปี เช่น งบประมาณ บุคลากร ทรัพยากรต่างๆ โดยไม่หวังผลตอบแทน
๔. มีการปฏิบัติงานเป็นทีมงานที่ดี เป็นระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการแบ่งบทบาทหน้าที่กันชัดเจน และสามารถสร้างความร่วมมือกับทีมงานอื่นๆ ได้
๕. มีการพัฒนาบุคลากรและเปิดโอกาสให้ทีมงาน ทั้งอาสาสมัคร ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสามารถบริหารจัดการหน่วยงานให้ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดได้อย่างยั่งยืน

หลักเกณฑ์การคัดเลือก “สื่อสนับสนุน”งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. เป็นบุคคลด้านสื่อ องค์กรด้านสื่อภาครัฐ เอกชนที่ผลิตสื่อต่างๆ เช่น รายการโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ วีดิทัศน์ ภาพยนตร์ สื่อสังคม (Social Media) ที่สื่อสารเนื้อหาสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด
๒. ได้ให้การสนับสนุนด้านการผลิต เผยแพร่สื่อต่างๆ แก่งานมิตรภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า ๑ ปี
๓. มีผลงานที่สร้างสรรค์ เป็นสื่อสาธารณะที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคลหรือองค์กรใดๆ

การมอบรางวัล

๑. มอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ๕ ประเภท โดยมูลนิธิมิตรภาพบำบัด ในงานมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๓
๒. รางวัล ประกอบด้วย โล่รางวัล และเงินรางวัล จำแนกไว้ดังนี้
 - ๒.๑ ประเภท “ผู้ป่วยจิตอาสา” มิตรภาพบำบัดดีเด่น จำนวน ๑ รางวัลๆ ละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล
 - ๒.๒ ประเภท “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

จำนวน ๑ รางวัลๆละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล
๒.๓ ประเภท “หน่วยงาน/องค์กรและทีมงานสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ)

จำนวน ๑ รางวัลๆละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล
๒.๔ ประเภท “หน่วยงาน/องค์กรและทีมงานสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
ระดับชุมชน

จำนวน ๑ รางวัลๆละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล
๒.๕ ประเภท “สื่อสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
จำนวน ๑ รางวัลๆละ ๑๐,๐๐๐ บาท พร้อมโล่รางวัล

๓. มอบรางวัลชมเชย โดยมูลนิธิมิตรภาพบำบัด ในงานมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน
นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๓ ประกอบด้วย โล่รางวัล และเงินรางวัลๆ ละ ๕,๐๐๐ บาท

รางวัลชมเชยให้อยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการตามความเหมาะสม

แบบฟอร์มเสนอชื่อรับการคัดเลือก “ผู้ป่วยจิตอาสา” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
เพื่อรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้อมูลผู้ป่วยจิตอาสา งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. ชื่อ.....
 เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
 ซอย..... ถนน..... แขวง.....
 เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... โทรสาร.....
 Email.....

๒. ประวัติย่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัด (สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้)

๓. ผลงานดีเด่นโดยสังเขป (สามารถแนบรายละเอียดผลงานเพิ่มเติมได้)

- ๑) แนวทางการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด และระบบบริการด้วยหัวใจเพื่อเพื่อนมนุษย์
- ๒) ผลงานเด่นในการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด กิจกรรมที่ดำเนินการ
- ๓) นวัตกรรมการทำงานด้านมิตรภาพบำบัด และระบบบริการด้วยหัวใจเพื่อเพื่อนมนุษย์
- ๔) ผลงานดีเด่นอื่นๆ

ข้อมูลผู้เสนอหน่วยงาน/องค์กรสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน/องค์กร/ชมรม/(โปรดระบุชื่อ).....
 ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... email.....
 ลงชื่อ.....
 วันที่เสนอ...../...../๒๕๖๓

แบบฟอร์มเสนอชื่อรับการคัดเลือก “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
เพื่อรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้อมูลเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. ชื่อ.....
 เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
 ซอย..... ถนน..... แขวง.....
 เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... โทรสาร.....
 Email.....

๒. ประวัติย่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัด (สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้)

๓. ผลงานดีเด่นโดยสังเขป (สามารถแนบรายละเอียดผลงานเพิ่มเติมได้)

- ๑) เป็นแพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการที่ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการหรือหน่วยงานที่เป็นแบบอย่างที่ดีให้บุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคมทั่วไป
- ๒) มีผลการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัดในและนอกหน่วยบริการหรือหน่วยงานอย่างเด่นชัด
- ๓) มีการพัฒนาระบบบริการ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ มีการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ
- ๔) มีการขยายเครือข่ายการดำเนินงานอย่างเห็นเป็นรูปธรรม

ข้อมูลผู้เสนอหน่วยงาน/องค์กรสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน/องค์กร/ชมรม/(โปรดระบุชื่อ).....
 ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....
 โทรศัพท์..... มือถือ..... email.....

ลงชื่อ.....

วันที่เสนอ...../...../๒๕๖๓

แบบฟอร์มเสนอชื่อรับการคัดเลือก “หน่วยงาน/องค์กรและทีมงานสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
ระดับตติยภูมิ/หัตถิยภูมิ/ชุมชน
เพื่อรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้อมูลหน่วยงาน/องค์กรและทีมงานสนับสนุน งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. ชื่อหน่วยงาน/องค์กร.....
เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
ซอย..... ถนน..... แขวง.....
เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... โทรสาร.....
Email.....

๒. ประวัติย่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัด (สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้)

.....
.....

๓. ผลงานดีเด่นโดยสังเขป (สามารถแนบรายละเอียดผลงานเพิ่มเติมได้)

- ๑) นโยบายและแนวทางการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด และระบบบริการด้วยหัวใจเพื่อเพื่อนมนุษย์
- ๒) ผลงานเด่นในการสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัด กิจกรรมที่ดำเนินการ
- ๓) นวัตกรรมของหน่วยงาน/องค์กรและทีมงานด้านมิตรภาพบำบัด และระบบบริการด้วยหัวใจเพื่อเพื่อนมนุษย์
- ๔) ผลงานดีเด่นอื่นๆ

.....
.....

ข้อมูลผู้เสนอหน่วยงาน/องค์กรและทีมงานสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/องค์กร/ทีมงาน/ชมรม/(โปรดระบุ ชื่อ).....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....

.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... email.....

ลงชื่อ.....

วันที่เสนอ...../...../๒๕๖๓

ประเภท (๕)

แบบฟอร์มเสนอชื่อรับการคัดเลือก “สื่อสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
เพื่อรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้อมูลสื่อสนับสนุน งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

๑. ชื่อบุคคล/หน่วยงาน/องค์กร.....
เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....
ซอย..... ถนน..... แขวง.....
เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... มือถือ..... Email.....

๒. ประวัติย่อการสนับสนุนการดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัด (สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติมได้)

.....
.....

๓. ผลงานดีเด่นโดยสังเขป (สามารถแนบรายละเอียดผลงานเพิ่มเติมได้)

- ๑) มีสิ่งพิมพ์ วิทยุทัศน์ วิทยุ ภาพยนตร์ สื่อสังคม (Social Media) เผยแพร่สนับสนุนแก่งานมิตรภาพบำบัด
๒) มีผลงานที่สร้างสรรค์ เป็นสื่อสาธารณะที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคลหรือองค์กรใดๆ

.....
.....

ข้อมูลผู้เสนอ บุคคล/หน่วยงาน/องค์กรสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

ชื่อ-นามสกุล..... ตำแหน่ง.....

บุคคล/หน่วยงาน/องค์กร (โปรดระบุชื่อ).....

ที่อยู่สามารถติดต่อได้.....

.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... email.....

ลงชื่อ.....

วันที่เสนอ...../...../๒๕๖๓