

ที่ ขบ ๑๑๓๓/๕๒๓



๑๓ มีนาคม ๒๕๖๘

องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี	
เลขที่รับที่ 5094	เวลา ๑๖.๐๐ น.
วันที่ 18 มี.ค. ๒๕๖๘	
☐ สำนักปลัด	☐ กองพัสดุ
☐ สำนักงานเลขานุการ	☐ กองการศึกษา
☐ กองยุทธศาสตร์	☐ กองการท่องเที่ยว
☐ กองคลัง	☐ กองการช่าง
☐ กองส่งเสริมการค้า	☒ กองสาธารณสุข
☐ กองสวัสดิการสังคม	☐ หน่วยตรวจสอบ
☐ อื่นๆ	

ที่ว่าการอำเภอเกาะจันทร์
ถนนเกาะจันทร์-ปรกฟ้า ขบ ๒๐๒๕๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง (SMIV)

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุมฯ

๒. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุมฯ

รองนายก อบจ.
0415
๒๕ มี.ค. ๒๕๖๘
เวลา 11.00 น.

รองปลัด อบจ. (2)
๖๔๑๗
21 มี.ค. 2568
จำนวน ๑ ฉบับ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์ ได้กำหนดจัดประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) ตามโครงการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านยาเสพติดแบบบูรณาการ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ลดความรุนแรงของปัญหาเสพติด และลดความเดือดร้อนของประชาชนจากปัญหาจิตเวชจากยาเสพติด ให้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ในวันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมต้นจันทน์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

ในการนี้ อำเภอเกาะจันทร์ โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์ ขอเชิญผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตพื้นที่อำเภอเกาะจันทร์ เข้าร่วมประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) ตามวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ผู้ประสานงาน นางสาวอสมารณ์ แสงศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๕๕๕๐ ๑๑๕๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกนิษฐา กุลพรัตน์)

นายอำเภอเกาะจันทร์

กองสาธารณสุข เลขที่รับ 1791
วันที่ 19 มี.ค. 2568
เวลา 13.20 น.
☐ ฝ่ายส่งเสริมสาธารณสุข
☒ ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค
☐ ฝ่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
☐ ฝ่ายสนับสนุนบริการทางการแพทย์
☐ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

ฝ่ายป้องกัน
เลขที่รับ 154
วันที่ 20 มี.ค. 2568
เวลา 10.15 น.

ธนวิธ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์

โทร. ๐ ๓๘๑๖ ๖๒๖๔

เรียน นายก อบจ.ชบ.

ด้วย สสอ.เกาะจันทร์ ได้กำหนดจัดประชุมพัฒนาศักยภาพ
เครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง
(SMIV) ตามโครงการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านยาเสพติด
แบบบูรณาการ อ.เกาะจันทร์ จ.ชลบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ในวันที่
๑๙ มี.ค. ๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมตันจันทน์
สสอ.เกาะจันทร์ จ.ชลบุรี

ในการนี้ ผอ.รพ.สต. และ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ยาเสพติด
ของ รพ.สต.ในเขตพื้นที่อำเภอเกาะจันทร์ ทุกแห่ง ได้เข้าร่วมประชุมฯ
ตามวัน เวลา สถานที่ ดังกล่าว เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ว่าที่ ร.ต.

(ธนวัช เชียวพันธ์)

ผู้ช่วยนักวิชาการสาธารณสุข

20 มี.ค. 2568

(นางสาวพิมพ์ชนนี ผลพูนสุข)

นักวิชาการสุขาภิบาลชำนาญการ

21 มี.ค. 68

(นางสาววารุณี รื่นรวย)

หัวหน้าฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค

21 มี.ค. 2568

(นางราชจุจิ จินดาสวัสดิ์)

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข

21 มี.ค. 2568

(นางดารัตน์ สุรักชยะ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

(นางอัจฉรา บันติทยานุรักษ์)

ทราบ

ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

(นายอุดมศักดิ์ เจริญวุฒิ)

รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี

ระเบียบวาระ

การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง (SMIV)

ในวันพุธ ที่ ๑๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมต้นจันทน์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

ระเบียบวาระที่ ๑

เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒

เรื่องรับรองรายงานการประชุม

- (ไม่มี)

ระเบียบวาระที่ ๓

เรื่องเพื่อทราบ และพิจารณา

๑. ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วย SMIV ในพื้นที่อำเภอเกาะจันทร์

๒. มาตรฐานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๓. การดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด อำเภอเกาะจันทร์

ระเบียบวาระที่ ๔

เรื่องอื่น ๆ

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม เวลา ๑๐.๓๐ น. และ ๑๔.๓๐ น.

กำหนดการอาจมีเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

แบบตอบรับเข้าร่วม

การประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง (SMIV)

ในวันพุธ ที่ ๑๙ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมต้นจันทน์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

อาหาร () ปกติ () อิสลาม () มั่งสวัริติ () อื่นๆ ระบุ.....

มีความประสงค์

- () เข้าร่วมประชุมฯ
- () มีผู้เข้าร่วมประชุมฯ มากกว่า ๑ คน
- () ส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุมฯ

ได้แก่

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

อาหาร () ปกติ () อิสลาม () มั่งสวัริติ () อื่นๆ ระบุ.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

อาหาร () ปกติ () อิสลาม () มั่งสวัริติ () อื่นๆ ระบุ.....

๓. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

อาหาร () ปกติ () อิสลาม () มั่งสวัริติ () อื่นๆ ระบุ.....

๔. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

อาหาร () ปกติ () อิสลาม () มั่งสวัริติ () อื่นๆ ระบุ.....

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมเป็นเอกสาร กลับมายังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะจันทร์
ภายในวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๘