

แบบลงทะเบียน

**โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช
คณะกรรมการประกันคุณภาพเซลล์วิทยา ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย
และสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย**

หน่วยงาน

มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ ชื่อนามสกุล

ตำแหน่งเป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการโครงการฯ

สถานที่ติดต่อหน่วยงานตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....

ค่าลงทะเบียน 6,000.- บาท (หกพันบาทถ้วน) เช็คขีดคร่อมสั่งจ่ายในนาม “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย”
หรือ เข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) จำกัด สาขาโรงพยาบาลราชวิถี
บัญชีเลขที่ 051-2 54197-4 ชื่อบัญชี “สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย”

การชำระค่าลงทะเบียน ดราฟ เช็ค แคชเชียร์เช็ค สำเนาการโอนเงิน (pay-in)
ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....

หมดเขตรับสมัคร 31 มีนาคม 2562

การติดต่อสอบถาม : คุณดรุณี พันธุ์คุ้มเก่า / คุณวัฒนาพร วิเศษมงคล โทรศัพท์ 081-7652186
โทรศัพท์ 0-2354-8208-15 ต่อ 121 , 141 โทรสาร 0-2354-8204

ที่อยู่ส่งแบบลงทะเบียนและค่าลงทะเบียน :

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

(โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช)

สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี)

เลขที่ 2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจากสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทยได้จัดทำแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรที่อยู่ในสายงานเซลล์วิทยาในหน่วยงานต่าง ๆ ขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนทางการดำเนินงานของสมาคมฯ ในปีต่อ ๆ ไป จึงใคร่ขอความร่วมมือให้ผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ชื่อหน่วยงาน.....
2. ที่อยู่.....
3. โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....
4. บุคลากร ที่ทำงานเซลล์วิทยา
พยาธิแพทย์.....คน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์.....คน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์.....คน
5. ปริมาณงาน
พ.ศ. 2559 Pap smear.....ราย FNA.....ราย Non-GYN.....ราย
พ.ศ. 2560 Pap smear.....ราย FNA.....ราย Non-GYN.....ราย
พ.ศ. 2561 Pap smear.....ราย FNA.....ราย Non-GYN.....ราย
6. ระบบที่ใช้ในการรายงานผล Bethesda 2001 Pap classification
 Bethesda 2014 Other (ระบุ).....
7. มีระบบการควบคุมคุณภาพภายในโดย.....
.....
8. มีระบบการควบคุมคุณภาพภายนอกโดย.....
.....
9. มีระบบส่งปรึกษาโดย.....
.....
10. หน่วยงานของท่านสนใจจะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ สนใจ ไม่สนใจ
ถ้าสนใจจะเข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ.....
11. สิ่งที่ท่าน/หน่วยงานคาดหวังให้สมาคมเซลล์วิทยาฯ ดำเนินการ หรือข้อเสนอแนะ
.....
.....
.....

กรุณาส่งแบบสอบถามกลับมายัง นส.ดรุณี พันธุ์คุ้มเก่า

(โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช)

สถาบันพยาธิวิทยา (ภายในบริเวณโรงพยาบาลราชวิถี)

เลขที่ 2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ขอขอบคุณในความร่วมมือนับดีของท่าน
สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย