

แบบลงทะเบียน

โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช (EQA_GYN)
คณะกรรมการประกันคุณภาพเซลล์วิทยา สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย
และ ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย

หน่วยงาน

มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ ชื่อนามสกุล

ตำแหน่งเป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการโครงการฯ

สถานที่ติดต่อหน่วยงานตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร..... E-mail

ค่าลงทะเบียน 10,000.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) เช็คขีดคร่อมส่งจ่ายในนาม “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 2564

การติดต่อสอบถาม : คุณดรุณี พันธุ์คุ้มเก่า / คุณวัฒนาพร วิเศษมงคล โทรศัพท์ 081-7652186

โทรศัพท์ 0-2354-8208-15 ต่อ 121 , 141

Email : thaisociety14@gmail.com

ที่อยู่ส่งแบบลงทะเบียนและค่าลงทะเบียน :

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

(โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช)

สถาบันพยาธิวิทยา เลขที่ 2 /2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจากสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทยได้จัดทำแบบสอบถามข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำงานของบุคลากรที่อยู่ในสายงานเซลล์วิทยาในหน่วยงานต่าง ๆ ขึ้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนทางการดำเนินงานของสมาคมฯ ในปีต่อ ๆ ไป จึงใคร่ขอความร่วมมือให้ผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ชื่อหน่วยงาน.....
- ที่อยู่.....
- โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....
- บุคลากร ที่ทำงานเซลล์วิทยา
พยาธิแพทย์.....คน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์.....คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์.....คน
- ปริมาณงาน
พ.ศ. 2561 Pap smear.....ราย FNA.....ราย Non-GYN.....ราย
พ.ศ. 2562 Pap smear.....ราย FNA.....ราย Non-GYN.....ราย
พ.ศ. 2563 Pap smear.....ราย FNA.....ราย Non-GYN.....ราย
- ระบบที่ใช้ในการรายงานผล Bethesda 2001 Pap classification
 Bethesda 2014 Other (ระบุ).....
- มีระบบการควบคุมคุณภาพภายในโดย.....
.....
- มีระบบการควบคุมคุณภาพภายนอกโดย.....
.....
- มีระบบส่งปรึกษาโดย.....
.....
- สิ่งที่ท่าน/หน่วยงานคาดหวังให้สมาคมเซลล์วิทยาฯ ดำเนินการ หรือข้อเสนอแนะ
.....
.....
.....

กรุณาส่งแบบสอบถามกลับมายัง นส.ดรุณี พันธุ์คุ้มเก่า

(โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช)

สถาบันพยาธิวิทยา เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

หรือที่ Email : thaisociety14@gmail.com

ขอขอบคุณในความร่วมมือนับของคุณ

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย