

## แบบลงทะเบียน

**โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช (EQA\_GYN)**  
**คณะกรรมการประกันคุณภาพเซลล์วิทยา สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย**  
**และ ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย**

หน่วยงาน .....

มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ ชื่อ .....นามสกุล .....

ตำแหน่ง .....เป็นผู้ประสานงานกับคณะกรรมการโครงการฯ

สถานที่ติดต่อหน่วยงาน .....ตำบล/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

1. ชื่อหน่วยงาน.....
2. ที่อยู่.....
3. โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail.....
4. บุคลากร ที่ทำงานเซลล์วิทยา  
พยาธิแพทย์.....คน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์.....คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์.....คน
5. 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
6. ระบบที่ใช้ในการรายงานผล  Bethesda 2001  Pap classification  
 Bethesda 2014  Other (ระบุ).....
7. มีระบบการควบคุมคุณภาพภายในโดย.....  
.....
8. มีระบบการควบคุมคุณภาพภายนอกโดย.....  
.....
9. มีระบบส่งปรึกษาโดย.....  
.....
10. สิ่งที่ท่าน/หน่วยงานคาดหวังให้สมาคมเซลล์วิทยาฯ ดำเนินการ หรือข้อเสนอแนะ  
.....  
.....  
.....

กรุณาส่งแบบสอบถามกลับมายัง นส.ดรุณี พันธุ์คุ้มเก่า

(โครงการประกันคุณภาพภายนอกด้านเซลล์วิทยานรีเวช)

สถาบันพยาธิวิทยา เลขที่ 2/2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

หรือที่ Email : thaisociety14@gmail.com

ขอขอบคุณในความร่วมมือนันดีของท่าน

สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย