



ที่ มส ๐๐๒๓.๓/ว ๕๒๗

ถึง สำนักงานท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนร่วมกับศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้กำหนดจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับจังหวัด ในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ พิชชาพรเฮาส์ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด รวมทั้งการวางแผนส่งต่อและติดตามผู้ผ่านการบำบัดอย่างเป็นระบบ และกำกับติดตามคุณภาพของศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

เพื่อให้การดำเนินการจัดประชุมดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอนจึงขอความร่วมมือให้ท้องถิ่นอำเภอเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับจังหวัด ตามวัน เวลา และสถานที่ข้างต้น โดยขอให้ส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมให้กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ภายในวันศุกร์ที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ผ่านทาง ID LINE : ๐๘๐๑๒๗๖๗๕๐ ทั้งนี้ สำหรับค่าใช้จ่ายในการประชุมผู้จัดจะรับผิดชอบค่าอาหารกลางวัน และอาหารว่าง ส่วนค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พักหรือค่าพาหนะเดินทางให้เบิกจ่ายจากต้นสังกัด รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ส่งมาพร้อมนี้



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐ - ๕๓๖๑ - ๒๘๔๑ ต่อ ๓๓

12/10/25

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
จังหวัดแม่ฮ่องสอน
เลขที่..... 2866
วันเดือนปี..... ๕ พ.ค. ๒๕๖๕
เวลา..... ๑๗:๓๖



ที่ มส ๐๐๓๓.๐๑๒/ว๗๓๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ถนนขุนลุมประพาส มส ๕๘๐๐๐

๒๓๕
๖ พ.ค. ๒๕๖๕

๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับจังหวัด

เรียน รายชื่อแนบท้าย

- | | | |
|------------------|----------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. กำหนดการประชุม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒. เป้าหมายการประชุม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ร่วมกับศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน กำหนดจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับจังหวัด ระหว่างวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ พิชชาพรเฮาส์ ตำบลผาป้อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด รวมทั้งการวางแผนส่งต่อและติดตามผู้ผ่านการบำบัดอย่างเป็นระบบ และกำกับติดตามคุณภาพของศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนจึงขอเชิญท่านเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับจังหวัด ตามวัน เวลา และสถานที่ข้างต้น และขอความอนุเคราะห์ประสานหน่วยงานในสังกัดตามกลุ่มเป้าหมาย รายละเอียดตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๒ โดยขอให้ส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมให้กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ภายในวันศุกร์ที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ผ่านทาง ID LINE: ๐๘๐๑๒๗๖๗๕๐ รายละเอียดตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ ทั้งนี้ สำหรับค่าใช้จ่ายในการประชุม ผู้จัดจะรับผิดชอบค่าอาหารกลางวัน และอาหารว่าง ส่วนค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก หรือค่าพาหนะเดินทาง ขอความอนุเคราะห์เบิกจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

๗๗๖

(นายทศพล ดิษฐ์ศิริ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

โทร ๐ ๕๓๖๑ ๑๒๘๑ ต่อ ๑๑๓

โทรสาร ๐ ๕๓๖๑ ๑๓๒๒

รายชื่อแนบท้าย

๑. หัวหน้าศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน
๒. ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดแม่ฮ่องสอน
๓. นายอำเภอทุกอำเภอ
๔. ท้องถิ่นจังหวัดแม่ฮ่องสอน
๕. ท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ
๖. พัฒนาการอำเภอทุกอำเภอ
๗. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง
๘. สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

ตารางประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับจังหวัด

ในวันพุธ ที่ 20 พฤษภาคม 2569

ณ พิชชาพรเฮาส์ ตำบลผาป่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

| เวลา | รายการ |
|------------------|---|
| 08.30 – 09.00 น. | ลงทะเบียน |
| 09.00 – 10.00 น. | บรรยาย รูปแบบการดูแลผู้เข้ายาและสารเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดย แพทย์หญิงสุพรรณษา ศรีชุ่มจิตร รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดฯ(ด้านเวช กรรมป้องกัน 2) |
| 10.00 - 11.00 น. | บรรยาย รูปแบบการบำบัดยาและสารเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดย โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน |
| 11.00 – 12.00 น. | บรรยาย ข้อกำหนดมาตรฐานศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม โดย โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน |
| 12.00 – 13.00 น. | พักรับประทานอาหาร |
| 13.00 – 14.00 น. | ผู้ว่าราชการจังหวัดแม่ฮ่องสอน กล่าวเปิดการประชุม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน กล่าวรายงาน พิธีลงนามความร่วมมือ(MOU) ความร่วมมือเพื่อการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด มอบนโยบายยาเสพติด โดยผู้ว่าราชการจังหวัด |
| 14.00 – 15.00 น. | บรรยาย ขั้นตอนการเยี่ยมประเมินสำรวจศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางสังคม โดย โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน |
| 15.00 – 16.00 น. | แบ่งกลุ่ม วางแผนการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติด+กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช(SMIV) รวมทั้งวาง ระบบการติดตามผู้ป่วยในระดับพื้นที่ โดย ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน |
| 16.00 – 16.30 น. | -นำเสนออำเภอละ 5 นาที -ปิดการประชุม |

เป้าหมายการประชุม
เชิงปฏิบัติการการวางแผนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับจังหวัด
ระหว่างวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๙
ณ พิชชาพรเฮาส์ ตำบลผาบ่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

| หน่วยงาน | จำนวนเป้าหมาย | หมายเหตุ |
|---|---------------|-----------------------|
| ๑. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดแม่ฮ่องสอน | ๒ คน | |
| ๒. ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอ | อำเภอละ ๑ คน | ศอ.ปส.จ.มส ประสาน |
| ๓. ตำรวจภูธรจังหวัดแม่ฮ่องสอน | ๑ คน | |
| ๔. สถานีตำรวจภูธร | แห่งละ ๑ คน | ภ.จว.มส ประสาน |
| ๕. ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดโรงพยาบาล | แห่งละ ๑ คน | |
| ๖. สาธารณสุขอำเภอ | อำเภอละ ๑ คน | |
| ๗. ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด สสอ. | อำเภอละ ๑ คน | |
| ๘. ท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ | อำเภอละ ๑ คน | ท้องถิ่นจังหวัดประสาน |
| ๙. พัฒนาการอำเภอ | อำเภอละ ๑ คน | |
| ๑๐. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | อำเภอละ ๕ คน | สสอ.ประสาน |

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม
เชิงปฏิบัติการการวางแผนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับจังหวัด
ระหว่างวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๙
ณ พิชชาพรเฮาส์ ตำบลผาป่อง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

หน่วยงาน.....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์.....

- สามารถเข้าประชุมได้
 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ แต่มอบหมายให้

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ ขอความกรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุม ภายในวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙
ทาง ID LINE : ๐๘๐๑๒๗๖๗๕๐
สามารถติดต่อประสานงานได้ที่ นายศุภกิจ จันทร์เหมือน
เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๐๑๒๗๖๗๕๐