**เอกสารแนบ ๒**

**แบบสมัครเข้าร่วมเป็นสถานบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒ ) พ.ศ. ๒๕๖๒ และเสนอรายชื่อบุคลากร เพื่อแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา**

**ชื่อหน่วยงาน/โรงพยาบาล.....................................................................จังหวัด..............................................................**

**ชื่อผู้ประสานงาน................................................อีเมล์...................................................โทรศัพท์....................................**

**🗖ยืนยันเข้าร่วม**

**🗖ไม่เข้าร่วม เนื่องจาก..........................................................................................................................................**

**ขอเสนอรายชื่อคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาดังต่อไปนี้**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **คณะกรรมการชุดที่หนึ่ง** | **ชื่อ-นามสกุล** | **ตำแหน่ง/ระดับ** | **อีเมล์** | **โทรศัพท์** |
| **๑.จิตแพทย์** (ประธานกรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๒.แพทย์** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๓.พยาบาลจิตเวช** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๔.นักกฎหมาย /นิติกร** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๕.นักจิตวิทยาคลินิก หรือ นักสังคมสงเคราะห์** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **คณะกรรมการชุดที่สอง** (ถ้ามี) | **ชื่อ-นามสกุล** | **ตำแหน่ง/ระดับ** | **อีเมล์** | **โทรศัพท์** |
| **๑.จิตแพทย์** (ประธานกรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๒.แพทย์** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๓.พยาบาลจิตเวช** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๔.นักกฎหมาย /นิติกร** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๕.นักจิตวิทยาคลินิก หรือ นักสังคมสงเคราะห์** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **คณะกรรมการชุดที่สาม** (ถ้ามี) | **ชื่อ-นามสกุล** | **ตำแหน่ง/ระดับ** | **อีเมล์** | **โทรศัพท์** |
| **๑.จิตแพทย์** (ประธานกรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๒.แพทย์** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๓.พยาบาลจิตเวช** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๔.นักกฎหมาย /นิติกร** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |
| **๕.นักจิตวิทยาคลินิก หรือ นักสังคมสงเคราะห์** (กรรมการ ๑ คน) |  |  |  |  |

 **ลงนามรับรอง……………………………………………………………………**

 **( )**

 **ผู้อำนวยการ/หัวหน้าหน่วยงาน**

**ช่องทางการส่งข้อมูล**

**๑. ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : omhcoffice@gmail.com**

**๒. โทรสาร : ๐ ๒๑๔๙ ๕๕๘๔**

**๓. ไปรษณีย์ : กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ**

**กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐**

**กรณีสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อประสานงานได้ที่**

**กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน** **กรมสุขภาพจิต**

**๑) นายเทพจุติ พรหมเทศน์ โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๘๑๓๐**

**๒) นางสาวกุลนิษฐ์ มุ่งธัญญา โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๘๑๓๐**