**สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒**

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

**และเสนอรายชื่อบุคลากรเพื่อแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา**

**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. ไปรษณีย์ : สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต

เลขที่ ๘๘/๒๐ หมู่ ๔ ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

**สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อประสานงานได้ที่**

สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต

โทรศัพท์ ๐๒ ๕๙๐ ๘๐๔๓, ๐๒ ๕๙๐ ๘๐๔๖