



ที่ สธ ๐๔๑๔.๗/๑ ๕๙๐

กรมควบคุมโรค

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมวิชาการวันโรคระดับชาติ ๒๕๖๘ (National Tuberculosis Conference 2025 : NTBC 2025)

เรียน ผู้อำนวยการหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุม

จำนวน ๑ ชุด

๒. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุมฯ

จำนวน ๒ แผ่น

ด้วยกรมควบคุมโรค โดยกองวัณโรค กำหนดจัดประชุมวิชาการวันโรคระดับชาติ ๒๕๖๘ (National Tuberculosis Conference 2025 : NTBC 2025) ภายใต้หัวข้อ Join together and move forwards - Ending TB: 2025 “ยกระดับความรู้ ร่วมต่อสู้วัณโรค” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการควบคุมวัณโรค และเป็นการสร้างความร่วมมือในการควบคุมวัณโรคจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานเครือข่ายภาครัฐและภาคเอกชน สามารถขับเคลื่อนนโยบายให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคอย่างมีระบบและยั่งยืน โดยเป็นเวทีให้นักวิชาการได้เผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานนวัตกรรม และผลงานวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัณโรค

กรมควบคุมโรค ขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน ที่มีความสนใจเข้าร่วมประชุมวิชาการดังกล่าว ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมเซ็นทารา ไทฟ์ ศูนย์ราชการ และคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ โดยมีค่าลงทะเบียน จำนวน ๒,๐๐๐.- บาท/ท่าน (สองพันบาทถ้วน) ซึ่งสามารถชำระค่าลงทะเบียนผ่านทางบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๑๔๒ - ๖ - ๐๑๑๒๕ - ๓ ชื่อบัญชี “ค่าธรรมเนียมการสมัครสอบกรมควบคุมโรค” ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน ค่าเช่าที่พัก และค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติราชการสามารถเบิกได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง กรณีสักการายละเอียดการลงทะเบียนผ่านทางเว็บไซต์ <https://dtbthairc.com/ntbc2025> หรือ QR Code ด้านล่าง โดยสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมฯ ได้ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๘ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาแจ้งบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมประชุมฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิติ เทตานุรักษ์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

กองวัณโรค

โทร. ๐ ๒๒๑๒ ๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๓

โทรสาร ๐ ๒๖๗๕ ๐๑๔๗



เว็บไซต์งานประชุม



กำหนดการประชุม

# ใบตอบรับเข้าร่วมประชุมวิชาการวันโรคระดับชาติ ๒๕๖๘ ในรูปแบบการลงทะเบียน

ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ โรงแรมเซ็นทารา ไทฟ์ ศูนย์ราชการ และคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ

## ★ ส่วนที่ ๑ : ข้อมูลผู้เข้าร่วมประชุม

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

ประเภทตำแหน่ง ..... ระดับตำแหน่ง .....

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ..... E - mail .....

### ข้อมูลหน่วยงาน/สถาบันการศึกษา

ชื่อหน่วยงาน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

#### ประเภทหน่วยงาน

หน่วยงานราชการ (Government of Organization)

หน่วยงานเอกชน (Private Organization)

องค์กรอิสระ (Independent Organization)

รัฐวิสาหกิจ (State Enterprise)

สถาบันการศึกษา (Educational institution)

อื่น ๆ โปรดระบุ .....

### ความประสงค์ในการเข้าพัก (เบิกค่าใช้จ่ายฯ จากหน่วยงานต้นสังกัด)

ไม่ประสงค์จองห้องพัก

ประสงค์จองห้องพัก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### ประเภทห้องพัก

ห้องพักเดี่ยว  ห้องพักร่วม โดยพักคู่กับ .....

หรือ  ผู้จัดหาที่พักให้

ระยะเวลาที่เข้าพัก เข้าพักวันที่ ..... ออกจากที่พักวันที่ ..... (รวม ..... คืน)

หมายเหตุ : ๑. ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถเข้าพัก ณ โรงแรมเซ็นทารา ไทฟ์ ศูนย์ราชการ และคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ หรือโรงแรมใกล้เคียงสถานที่จัดประชุม

๒. ผู้เข้าร่วมประชุมจะต้องดำเนินการประสานงานการจองห้องพักกับทางโรงแรมโดยตรง

๓. อัตราการเบิกและเอกสารเบิก - จ่ายค่าใช้จ่ายในการเข้าพักเป็นไปตามระเบียบของหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมจะต้องติดต่อขอรับเอกสารจากทางโรงแรมโดยตรง

### ประเภทอาหาร

อาหารปกติ อาหารที่แพ้ .....

อาหารอิสลาม อาหารที่แพ้ .....

อาหารอื่น ๆ อาหารที่แพ้ .....

### การเดินทาง (เบิกค่าใช้จ่ายฯ จากหน่วยงานต้นสังกัด)

รถยนต์ส่วนตัว หมายเลขทะเบียน .....

รถยนต์สำนักงาน หมายเลขทะเบียน .....

รถโดยสารประจำทาง/รถไฟ

เครื่องบิน

หมายเหตุ : รายละเอียดและเอกสารเบิก - จ่ายค่าใช้จ่ายในการเข้าพักเป็นไปตามระเบียบของหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้

ผู้เข้าร่วมประชุมจะต้องติดต่อขอรับเอกสารจากทางโรงแรมโดยตรง

★ ส่วนที่ ๒ : การชำระเงินค่าลงทะเบียน

รายละเอียดการชำระเงิน

วิธีการชำระเงิน : โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย  
ชื่อบัญชี : ค่าธรรมเนียมการสมัครสอบกรมควบคุมโรค  
เลขที่บัญชี : ๑๔๒ - ๖ - ๐๑๑๒๕ - ๓  
จำนวนเงิน : ๒,๐๐๐.- บาท (สองพันบาทถ้วน) /ท่าน

หลักฐานการชำระเงิน

วันที่ชำระเงิน .....

เวลาที่ชำระเงิน .....

จำนวนเงินที่ชำระ .....

ข้อมูลการออกใบกำกับภาษี

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) .....

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

ชื่อหน่วยงาน ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ ..... อาคาร ..... ชั้น ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

กรุณาส่งแบบตอบรับฯ ไปยัง “กลุ่มวิจัยและนวัตกรรม กองวินโรค ภายในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๔”

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) : Research.dtb@gmail.com

สอบถามเพิ่มเติม โทร. ๐ ๒๒๑๒ ๒๒๗๙ ต่อ ๑๒๑๓