

ที่ มส.๐๐๓๒/ว. ๐๙/๒๕๖๕



ศาลากลางจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ถนนขุนลุมประพาส มส ๕๘๐๐๐

๘๗/ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดแม่ฮ่องสอน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕

เรียน คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดแม่ฮ่องสอน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ระเบียบวาระการประชุม

จำนวน ๑ ชุด

๒. แบบตอบรับการเข้าประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้เปิดศูนย์บริหารราชการฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและควบคุมโรค ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดแม่ฮ่องสอน นั้น

ดังนั้น จังหวัดแม่ฮ่องสอน จึงขอเชิญ ท่าน เข้าประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ ในวันพุธ ที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๔.๐๐ น. เป็นต้นไป ณ ห้องประชุมประติษฐ์ทองคำ (ชั้น๒) ศาลากลางจังหวัดแม่ฮ่องสอน ให้เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเบี้ยเลี้ยง จากต้นสังกัด และขอความกรุณาตอบแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม ภายในวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๓๐ น. รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายเชษฐา โมสิกรัตน์)

ผู้ว่าราชการจังหวัดแม่ฮ่องสอน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

โทร ๐ ๕๓๖๑๑๒๘๑ ต่อ ๑๒๙

โทรสาร ๐ ๕๓๖๑๑๓๒๒

รายชื่อแนบท้าย หนังสือจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ มส.๐๐๓๒/ว.....ลงวันที่มกราคม ๒๕๖๕

๑. ผู้ว่าราชการจังหวัดแม่ฮ่องสอน
๒. ปลัดจังหวัดแม่ฮ่องสอน
๓. ประชาสัมพันธ์จังหวัดแม่ฮ่องสอน
๔. ปศุสัตว์จังหวัดแม่ฮ่องสอน
๕. หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน
๖. นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดแม่ฮ่องสอน
๗. นายกเทศมนตรีเมืองแม่ฮ่องสอน
๘. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลปางหมู
๙. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์
๑๐. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปาย
๑๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ลาน้อย
๑๒. สาธารณสุขอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน
๑๓. สาธารณสุขอำเภอแม่สะเรียง
๑๔. นายธนวัฒน์ คงธรรม ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
๑๕. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
๑๖. นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สนง.สสจ.มส
๑๗. หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สนง.สสจ.มส
๑๘. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่

(ร่าง) ระเบียบวาระการประชุม คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดแม่ฮ่องสอน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕
วันพุธ ที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๔.๐๐ น. เป็นต้นไป
ณ ห้องประชุมประติษฐ์ทองคำ (ชั้น๒) ศาลากลางจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดแม่ฮ่องสอน ครั้งที่ ๒๘/๒๕๖๔
เมื่อวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่อง

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อทราบ

๔.๑ สถานการณ์ และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 จังหวัดแม่ฮ่องสอน
โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (ผชชว.)

๔.๒ การใช้จ่ายเงินอุดหนุนการในเชิงป้องกันหรือยับยั้งภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดย สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๔.๓ คำสั่งจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ ๓๐๘๗/๒๕๖๔ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดแม่ฮ่องสอน ลงนามวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

๔.๔ เรื่องแจ้งเพื่อทราบจากหน่วยงานที่เข้าประชุม

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเพื่อพิจารณา

๕.๑. แผนปฏิบัติการรับมือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จ.แม่ฮ่องสอน ปี ๒๕๖๕ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๕.๒ แนวทางการพิจารณาอนุมัติการจัดหา และสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ สำหรับใช้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีที่ อปท.ได้รับการร้องขอให้สนับสนุน โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๕.๓ การปรับภารกิจโรงพยาบาลสนาม ให้เป็นเป็นศูนย์แยกกักโรคชุมชน (Community Isolation) ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๕.๔ แนวทางการดำเนินการของสถานที่กักกันโรคท้องถิ่น (Local Quarantine) โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๕.๕ การกำหนดสถานที่ COVID Free Setting และ COVID Free Event ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๕.๖ แผนเฝ้าระวังเชิงรุก จ.แม่ฮ่องสอน เดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๖๕ โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๕.๗ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณาจากหน่วยงานที่เข้าประชุม

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่น ๆ

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดแม่ฮ่องสอน ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕
วันพุธ ที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๔.๐๐ น. เป็นต้นไป
ณ ห้องประชุมประติษฐ์ทองคำ (ชั้น๒) ศาลากลางจังหวัดแม่ฮ่องสอน

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์โทรสาร

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

การตอบรับเข้ารับการอบรม

☐สามารถเข้าร่วมประชุม ☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุม ส่งผู้แทน เนื่องจาก.....

๑. ชื่อผู้ประชุมแทน (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

กรุณาส่งแบบตอบรับมา ภายในวันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๓๐ น.

ผู้รับผิดชอบ นางสาวเสาวลักษณ์ หยกสินพูนทวี

กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โทร.๐๕๓-๖๑๑ ๒๘๑ ต่อ ๑๒๙ ,

โทรสาร. ๐๕๓-๖๑๑๓๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๕๑๓ ๖๘๐๓

E-mail: Saovalakyoksin@gmail.com