

**ใบสมัครเข้าร่วม**  
**โครงการศึกษาต้นทุนรายโรค ระยะที่ 2 ปีที่ 4**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

ชื่อโรงพยาบาล.....รหัสสถานพยาบาล (5 หลัก) .....

ระดับโรงพยาบาล(Service Level) .....เขตสุขภาพที่.....

ที่อยู่.....

ชื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ประสานโครงการ.....

ตำแหน่ง .....กลุ่มงาน/แผนก.....

เบอร์โทรศัพท์ ..... ID Line.....

Email.....

- สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการฯ เนื่องจาก.....
- ไม่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการฯ เนื่องจาก.....

หากยินยอมเข้าร่วมโครงการฯ ขอความกรุณาให้ ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล ปีงบประมาณ.....ดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาล**

จำนวนเตียงตามกรอบ.....เตียง	จำนวนเตียงที่ใช้จริง (Active Bed).....เตียง
จำนวนเตียง ICU .....เตียง	จำนวนห้องแยกโรค (+/- Pressure Room).....ห้อง
จำนวนห้องผ่าตัด.....ห้อง	จำนวนเครื่องช่วยหายใจ.....เครื่อง
จำนวนเตียง ห้องคลอด.....เตียง	จำนวนเตียง ห้องรอกคลอด.....เตียง
บริการไตเทียม <input type="checkbox"/> รพ. ทำเอง ..... Unit	<input type="checkbox"/> Outsource.....Unit
จำนวนแพทย์ประจำ (Staff).....คน	จำนวนแพทย์ประจำบ้าน (Resident).....คน
จำนวนแพทย์ใช้ทุน (Intern).....คน	จำนวนทันตแพทย์.....คน
จำนวนพยาบาล.....คน	จำนวนเภสัชกร.....คน
จำนวนบุคลากรทั้งหมด.....คน	จำนวนผู้ป่วยนอก.....ครั้งต่อปี
จำนวนผู้ป่วยใน.....รายต่อปี	จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อครั้ง.....วัน
CMI (ค่าเฉลี่ย AdjRW).....	

**QR Code ใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ**



ลงชื่อ.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: \* ผู้ลงนามต้องเป็นผู้บริหารฯ หรือรองผู้บริหารฯ ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารฯ  
\*\* โปรดกรอกในเอกสารและในระบบของ QR Code

ส่งใบสมัครและติดต่อสอบถาม : นางสาวพงษ์ลัดดา หล้าพู่ นางสาวสุภาพร ชูดำ และนางสาวอสมมา วงษ์ดี

E-mail: [info@tcmc.or.th](mailto:info@tcmc.or.th) โทรศัพท์: 02-298-0767-9, 099-4877139, 093-6151496, 081-8292664

สำนักพัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย 979/105 ชั้น 31 อาคารเอส.เอ็ม.ทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400