

ด่วนที่สุด

ที่ ยธ ๐๗๐๕.๔/๑๐๒๖๖๖

ถึง เรือนจำ ทัณฑสถาน สถานกักขัง และสถานกักกัน

ตามที่ กรมราชทัณฑ์ ได้อนุมัติให้มีการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเรือนจำและทัณฑสถาน เนื่องจากปัจจุบันอัตรากำลังแพทย์ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ต้องขังที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ต้องขัง และเพื่อให้การดำเนินการจัดจ้างเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ นั้น

กรมราชทัณฑ์ ขอให้เรือนจำและทัณฑสถานแห่งนี้ ตอบแบบสำรวจความต้องการในการจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั้งนี้ ให้เร่งดำเนินการจัดส่งแบบสำรวจกลับมายังกรมราชทัณฑ์ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๑ หรือ อีเมล : mtrg.msd@gmail.com ภายในวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๔ เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป (รายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย)



กองบริการทางการแพทย์
โทร/โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๑

แบบสำรวจ
ความต้องการจัดจ้างแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ห้วงเวลา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
เรือนจำ/ทัณฑสถาน.....

คำชี้แจง แบบสำรวจฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อใช้ในการกำหนดกรอบการจ้างแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ห้วงเวลา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โปรดทำเครื่องหมาย ☑ หรือเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

๑. ข้อมูลทั่วไป

☐ ไม่เคยจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา

☐ เคยจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา จำนวน.....ราย ในปีงบประมาณ.....

๑. ชื่อ-สกุล.....เป็นแพทย์สาขา.....

๒. ชื่อ-สกุล.....เป็นแพทย์สาขา.....

๓. ชื่อ-สกุล.....เป็นแพทย์สาขา.....

๒. ความต้องการในการจัดจ้างแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ห้วงเวลา ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

☐ ไม่ประสงค์จัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา เหตุผล.....

☐ มีความประสงค์จัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา จำนวน.....ราย

๑. ชื่อ-สกุล.....เป็นแพทย์สาขา.....

เข้าปฏิบัติหน้าที่ สัปดาห์ละ.....วัน วันละ.....ชั่วโมง ค่าจัดจ้าง เป็นเงิน.....บาท

ค่าพาหนะเดินทาง **(สำหรับแพทย์ที่มีที่พำนักในเขตกรุงเทพฯ แต่เดินทางไปปฏิบัติงานในเขตปริมณฑลเท่านั้น)**

☐ ไม่มี

☐ มี จำนวน.....ครั้ง เป็นเงินจำนวน.....บาท

รวมใช้เงินงบประมาณทั้งสิ้น.....บาท (.....)

๒. ชื่อ-สกุล.....เป็นแพทย์สาขา.....

เข้าปฏิบัติหน้าที่ สัปดาห์ละ.....วัน วันละ.....ชั่วโมง ค่าจัดจ้าง เป็นเงิน.....บาท

ค่าพาหนะเดินทาง **(สำหรับแพทย์ที่มีที่พำนักในเขตกรุงเทพฯ แต่เดินทางไปปฏิบัติงานในเขตปริมณฑลเท่านั้น)**

☐ ไม่มี

☐ มี จำนวน.....ครั้ง เป็นเงินจำนวน.....บาท

รวมใช้เงินงบประมาณทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ผู้ให้ข้อมูล .....

( )

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

หมายเหตุ :

๑. ค่าตอบแทนแพทย์ห้วงเวลา ในอัตราชั่วโมงละ ๕๐๐ บาท และอนุมัติค่าพาหนะเดินทางครั้งละ ๕๐๐ บาท **(สำหรับแพทย์ที่มีที่พำนักในเขตกรุงเทพมหานครแต่เดินทางไปปฏิบัติงานในเขตปริมณฑลเท่านั้น)**

๒. การจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลา จะยกเว้นทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ และเรือนจำ/ทัณฑสถานที่สามารถจัดจ้างแพทย์ห้วงเวลาด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาล

กลุ่มงานส่งเสริมการรักษาพยาบาลฯ กองบริการทางการแพทย์

โทร./โทรสาร ๐ ๒๙๖๗ ๓๓๕๑