



ประกาศโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการอุทธรณ์สำหรับแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

คณะกรรมการด้านสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เข้ารับการฝึกปฏิบัติงานและฝึกอบรม ในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ในสาขาต่างๆ เพื่อให้การฝึกอบรมดังกล่าวดำเนินการอย่างยุติธรรม และเป็นการเปิดโอกาสสำหรับแพทย์ ที่ได้รับพิจารณาบทลงโทษใดๆ โดยแพทย์รู้สึกไม่ได้รับความเป็นธรรม และต้องการให้มีการทบทวน ทางโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะกรรมการด้านสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงจัดให้มีระบบการอุทธรณ์ สำหรับแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เพื่อให้ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงขอกำหนดแนวปฏิบัติ ดังนี้

ข้อ ๑ การยื่นอุทธรณ์ ให้ยื่นอุทธรณ์ภายใน ๓๐ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งโทษ

ข้อ ๒ คำอุทธรณ์ต้องทำเป็นหนังสือโดยระบุชื่อ สังกัด ตำแหน่ง คำขออุทธรณ์ ลายมือชื่อ ผู้อุทธรณ์ พร้อมกับแนบเอกสารหลักฐานประกอบคำอุทธรณ์ (ถ้ามี)

ข้อ ๓ หลังจากได้รับเอกสาร ทางโรงพยาบาลจะจัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริง ประกอบด้วย

๓.๑ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย

๓.๒ หัวหน้าภาควิชา หรือผู้แทนที่ได้รับมอบหมาย

๓.๓ คณะกรรมการคุ้มครองแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

๓.๔ ผู้แทนองค์กรแพทย์เชียงใหม่

๓.๕ ผู้แทนจากชุมชนแพทย์ใช้ทุน แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

๓.๖ นิติกร

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วถ้วน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ กันยายน ๒๕๖๗

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย ชื่นจงกลกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

หนังสืออุทธรณ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... สังกัด.....

- | | |
|--|---|
| ตำแหน่ง <input type="checkbox"/> แพทย์ชีวกุล | ชั้นปีที่ <input type="checkbox"/> ๑ <input type="checkbox"/> ๒ <input type="checkbox"/> ๓ <input type="checkbox"/> ๔ <input type="checkbox"/> ๕ <input type="checkbox"/> ๖ |
| <input type="checkbox"/> แพทย์ประจำบ้าน | ชั้นปีที่ <input type="checkbox"/> ๑ <input type="checkbox"/> ๒ <input type="checkbox"/> ๓ <input type="checkbox"/> ๔ <input type="checkbox"/> ๕ |
| <input type="checkbox"/> แพทย์ประจำบ้านต่ออยอด ชั้นปีที่ | <input type="checkbox"/> ๑ <input type="checkbox"/> ๒ |

มีความประสงค์ขออุทธรณ์.....

.....

.....

.....

เมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ข้าพเจ้าได้ใช้สิทธิหลักเกณฑ์ตามการปฏิบัติ
สำหรับแพทย์ฯ และขอรับรองข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบแล้วปรากฏว่า
ข้อความดังกล่าวเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้ากระทำการพิคนั้นจริง และดำเนินโภษตามที่คาดโภชໄโดยไม่มีสิทธิ
เรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ..... ผู้อุทธรณ์

(.....)