



สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

1845/11 (ชั้น 2) ซอยบริรักษ์ (ซอยส่วนบุคคล) ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์/โทรสาร 02-939-7782 Website: [thaidietetics.org](http://thaidietetics.org), Email: [thaidietetics@gmail.com](mailto:thaidietetics@gmail.com)

Thai Dietetic Association (TDA): 1845/11 Soi Boriruk, Phahonyothin Road, Lad Yao,

Chatuchak, Bangkok 10900 Thailand Tel/Fax: 662-9397782

เลขที่ ส.น.อ. 322/2562

วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2562

เรื่อง ขอเชิญสมัครหรือเสนอชื่อเป็นตัวแทนเขตและตัวแทนภาค  
เรียน สมาชิกสามัญตลอดชีพ สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย  
สิ่งที่ส่งมา ใบสมัครหรือเสนอชื่อเป็นตัวแทนเขต/ตัวแทนภาคของสมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

ด้วยสมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการบริหารสมาคมฯ ตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ในการส่งเสริมและพัฒนาวิชาชีพนักกำหนดอาหารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สมาคมฯ จึงขอจัดตั้งคณะทำงานตัวแทนเขต/ตัวแทนภาค ร่วมขับเคลื่อนภารกิจที่ดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมาย และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนากร ให้มีการพบปะและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาชีพด้าน โภชนาการและโภชนบำบัดอย่างต่อเนื่อง

สมาคมฯ จึงใคร่ขอเรียนเชิญสมาชิกฯสมัครหรือเสนอชื่อผู้ที่ท่านเห็นสมควรและเหมาะสมที่จะเป็นตัวแทนเขตและตัวแทนภาคของสมาคมฯ โดยสมัครหรือเสนอชื่อตัวแทนเขต 1 คนและตัวแทนภาค 1 คน เพื่อเป็นเครือข่ายและช่วยดำเนินงานของสมาคมฯ ให้ก้าวหน้าต่อไป เป็นการเชื่อมโยงสายสัมพันธ์ความร่วมมือของทุกภาคส่วนและสถาบันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสมาชิกฯ

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาและกรอกรายละเอียดในใบสมัครหรือเสนอชื่อ ตามที่แนบมานี้ และส่งข้อมูลกลับมายังสมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย 1845/11 (ชั้น 2) ซอยบริรักษ์ ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว กรุงเทพฯ 10900 หรือ E-mail: [thaidietetics@gmail.com](mailto:thaidietetics@gmail.com) ภายในวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ.2562 จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

( ผศ.ดร.ชนิศา ปิโชติการ )

นายกสมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย



## ใบสมัครหรือเสนอชื่อสมาชิกสามัญตลอดชีพ

เป็นตัวแทนเขตและตัวแทนภาคของสมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ ..... ปี  
สถานที่ทำงาน.....โรงพยาบาล.....  
จังหวัด.....สังกัดเขตสุขภาพที่.....ภาค .....  
ตำแหน่ง.....วุฒิการศึกษา.....  
สมาชิกเลขที่.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
โทรสาร.....E-mail.....

### ขอสมัครหรือเสนอชื่อ นักโภชนาการ

1. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เป็นตัวแทนเขต เขตที่.....  
สถานที่ทำงาน.....โรงพยาบาล.....  
จังหวัด.....สังกัดเขตสุขภาพที่.....ภาค .....  
ตำแหน่ง.....วุฒิการศึกษา.....

2. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เป็นตัวแทนภาค ภาค.....  
สถานที่ทำงาน.....โรงพยาบาล.....  
จังหวัด.....สังกัดเขตสุขภาพที่.....ภาค .....  
ตำแหน่ง.....วุฒิการศึกษา.....

### ขอสมัครหรือเสนอชื่อ โภชนาการ

1. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เป็นตัวแทนเขต เขตที่.....  
สถานที่ทำงาน.....โรงพยาบาล.....  
จังหวัด.....สังกัดเขตสุขภาพที่.....ภาค .....  
ตำแหน่ง.....วุฒิการศึกษา.....

2. นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เป็นตัวแทนภาค ภาค.....  
สถานที่ทำงาน.....โรงพยาบาล.....  
จังหวัด.....สังกัดเขตสุขภาพที่.....ภาค.....  
ตำแหน่ง.....วุฒิการศึกษา.....

ลงชื่อ ผู้สมัครหรือเสนอชื่อ

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**คุณสมบัติของผู้สมัครหรือเสนอชื่อเป็นตัวแทนเขต/ตัวแทนภาคของสมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย**

1. ต้องเป็นสมาชิกสามัญตลอดชีพของสมาคมฯมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี
2. มีประสบการณ์และผ่านการปฏิบัติงานด้านโภชนาการและโภชนบำบัดในโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 ปี
3. มีใบประกาศนียบัตรนักกำหนดอาหารวิชาชีพ (CDT)
4. สามารถช่วยงานประชุมวิชาการของสมาคมฯ และร่วมกิจกรรมอื่นๆ ของสมาคมฯ ได้
5. ต้องปฏิบัติงานในสังกัดเขตและภาคที่ท่านสมัครหรือเสนอชื่อ

**หมายเหตุ**

ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนเขต/ตัวแทนภาค ไม่มีค่าตอบแทน