

संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं

मध्यप्रदेश

ई-मेल training.dhsm@gmail.com दूरभाष क्रमोंक 0755-2527105

क्रमोंक/4/प्रशिक्षण/2018/384

भोपाल,दिनोंक 13/07/2018

प्रति,

समस्त सिविल सर्जन सह मुख्य अस्पताल अधीक्षक
जिला चिकित्सालय,मध्यप्रदेश ।

विषय:-हेल्थ केयर क्वालिटी के संबंध में प्रशिक्षण दिनोंक 27/8/18 से 01/09/2018 तक ।
संदर्भ:-संचालनालय का पत्र क्रमोंक /4/प्रशिक्षण/2018/343 दिनोंक 28.06.2018

-000-

उपरोक्त विषय में संदर्भित पत्र का अवलोकन करें । इण्डियन इन्सटिट्यूट ऑफ पब्लिक हेल्थ, एन.एच.एस.आर.सी. एवं एसोसिएट ऑफ हेल्थ केयर प्रोवाइडर (ए.एच.पी.आई.) के द्वारा संयुक्त रूप से पी.एच.एफ.आई., नईदिल्ली में दिनोंक 27/08/2018 से 01/09/2018 तक हेल्थ केयर क्वालिटी विषय पर एक सर्टिफिकेट कोर्स आयोजित किया जाएगा । इस प्रशिक्षण में आपके जिला चिकित्सालय से एक चिकित्सा अधिकारी अथवा स्टॉफ नर्स को प्रशिक्षण हेतु नामांकित किया जाना है । प्रशिक्षित चिकित्सक / स्टॉफ नर्स जिला चिकित्सालय के लिए रिसोर्स पर्सन के रूप में कार्य करेंगे तथा उक्त प्रशिक्षण के आधार पर जिला चिकित्सालय के अन्य चिकित्सकों/स्टॉफ नर्स को भी इस संबंध में प्रशिक्षण देंगे ।

यह प्रशिक्षण अत्यन्त महत्वपूर्ण है एवं आपके द्वारा नामांकित चिकित्सा अधिकारी / स्टॉफ नर्स का चयन राज्य स्तर से होने पर प्रशिक्षण में भाग लेना अनिवार्य होगा । प्रशिक्षण शुल्क का भुगतान विभाग द्वारा सीधे संबंधित संस्थान को किया जाएगा । ठहरने की व्यवस्था संबंधित संस्थान के द्वारा की जाएगी किन्तु इस हेतु पहले प्रशिक्षणार्थी के द्वारा स्वयं भुगतान किया जाना होगा । जिसकी प्रतिपूर्ति विभाग द्वारा संबंधित प्रशिक्षणार्थियों को की जाएगी ।

कृपया संलग्न प्रपत्र में इस प्रशिक्षण हेतु नामांकित किये जाने वाले चिकित्सक / स्टॉफ नर्स का विवरण भरकर दिनोंक 25जुलाई,2018 तक अधोहस्ताक्षरकर्ता को भिजाना सुनिश्चित करें ।
संलग्न:-प्रपत्र ।

(राजेश भुंशी)

संयुक्त संचालक(प्रशिक्षण)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं,
मध्यप्रदेश

0755-2441074

भोपाल,दिनोंक /07/2018

पृ0क्र0/4/प्रशिक्षण/2018/

प्रतिलिपि:-सूचनार्थ ।

- 1/ आयुक्त,स्वास्थ्य सेवार्ये,मध्यप्रदेश ।
- 2/ मिशन संचालक,राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन,मध्यप्रदेश राज्य सहकारी कृषि और ग्रामीण विकास बैंक मर्यादित,8-अरेरा हिल्स, पुरानी जेल रोड, भोपाल ।
- 3/ डॉ0पंकज शुक्ला,उप संचालक,क्वालिटी एश्योरेन्स,राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन,म0प्र0 । कृपया प्रत्येक जिला चिकित्सालय से एक नामांकन निर्धारित तिथि तक प्राप्त करना सुनिश्चित करें।

हस्ताक्षर/-
संयुक्त संचालक(प्रशिक्षण)
संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएं,
मध्यप्रदेश



PUBLIC HEALTH FOUNDATION OF INDIA



ASSOCIATION OF HEALTHCARE PROVIDERS INDIA

CERTIFICATE COURSE IN HEALTHCARE QUALITY (CCHQ)

27th Aug- 1st Sep, 2018

Personal Information

IN BLOCK LETTERS ONLY

Salutation:

First Name:

Last Name:

Gender: Male Female

DOB:

Present place of work:

Designation:

Affiliation: Government/PSU Private/Corporate NGO

Mailing Address:

Pin Code: District: State:

Residential Address:

Pin Code: District: State:

Landline (add STD code): Mobile phone

Email Address:

Course Fee Details

Is the course: Sponsored Self Financed

Sponsorship details

Sponsored by: Dept. of Health FW, GOMP
(Receipt to be sent to (Kindly mention) :

Payment Mode Cheque/DD/NEFT
Reference No./Cheque/DD No.

Course fee detail for self financed

— N.A.

Date of Transaction Amount ₹ 20000
Receipt No./Id No. Bank Name
(Kindly attach a copy of transaction slip)

Background education and experience (Please attach additional sheet, if required)

Qualification (same as it appears on the degree)	Institute	Year of Passing
Diploma		
Graduation / Bachelors		
Post-Graduation/ Masters		
Others		

Professional Registration No.

State

Date

Professional experience

S. No	Employer/ Organization	Designation/ Post Held	Year	
			From	To
1			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
2			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
3			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
4			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
5			<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

Experience in healthcare

Years

Months

Experience in healthcare quality

Years

Months

Short Course / Training / Workshop Attended

S. No	Institute/Organisation	Year	Topic/Title
1		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
2		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
3		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	

Enumerate your present job responsibilities

Describe one job experience which shows best the type of activities you have been involved in the field of healthcare quality

Enumerate few (atleast 3) key challenges which you encounter in your present assignment in terms of building quality

What are your expectations from the course in relation to your future work

Required Documents (Photocopies)

Check List of attachments with the application form (Please ✓ Tick)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Passport size Photograph | <input type="checkbox"/> |
| 2. Curriculum vitae | <input type="checkbox"/> |
| 3. Professional experience Certificate | <input type="checkbox"/> |
| 4. Educational qualifications certificates | <input type="checkbox"/> |
| 5. Payment details (cheque/DD/NEFT reference no.) | <input type="text"/> |
| 6. Name of Bank and Branch | <input type="text"/> |
| 7. Sponsorship letter (in case of sponsored candidates only) | <input type="checkbox"/> |

Declaration

I hereby declare that the above mentioned information, which I have provided, is true to the best of my knowledge. I shall participate in the organised sessions and will devote self-reading time for the entire six modules, participate in the assessments and submit the project work as allocated. I understand that by participating in this course, I am enhancing my knowledge and skills related to healthcare quality. I also give my consent for publishing my feedback/testimonial which I forward to the Secretariat in any report or publication produced by PHFI. I also understand that this certificate course is not a recognised Medical Qualification, under section 11 (1) of the Indian Medical Council Act 1956 and the Institution offering this course is neither a medical college or a university.

Name Signature Date 

Account Details:

Cheque/DD for ₹ 20,000 in favour of PUBLIC HEALTH FOUNDATION OF INDIA, payable at New Delhi

NEFT details:

Account Name: Public Health Foundation of India
Bank Account: State Bank of India
Branch Address: SCO No. 36, Sector - 31, Gurgaon - 122002
Account Number: 35781511132
IFSC Code: SBIN0011569

For further information regarding Healthcare Quality Course, visit the website: www.cchq.org.in