สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๘๓๕
วันที่ ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๒
เวลา ๑๔.๑๑ น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๖๔๐

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Special Issues for Pediatric Dentistry"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/สำนักอนามัย/สถาบันทันตกรรม/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์อนามัยทุกแห่ง

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
รับเลขที่ ๑๑๔
วันที่ ๒๔ ธ.ค. ๖๒
เวลา ๑๓.๓๐ น.

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Special Issues for Pediatric Dentistry"สำหรับทันตแพทย์เด็ก และทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มพฤติกรรมเด็กในอนาคตและแนวทางการบริหารจัดการ และการรักษาทางทันตกรรมเด็ก รวมถึงทันตกรรมจัดฟัน ทันตศัลยศาสตร์ และการจัดการภาวะฉุกเฉินในเด็ก ดังนั้นทางสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้จัดการอบรมดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุม ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารีฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน ๒๐๐ คน

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ ทันตแพทย์ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ <u>เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๒</u> และขอปิดรับสมัครหากจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๒๐๐ คน ดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายณรงค์ ถวิลวิสาร)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๒๓ ธ.ค. ๒๕๖๒

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
กลุ่มสนับสนุนวิชาการ
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

๒๕ ธ.ค. ๖๒

กำหนดการประชุมวิชาการหลักสูตรทันตกรรมเด็ก "Special Issues for Pediatric Dentistry"

วันที่ 18-20 มีนาคม 2563

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ห้องประชุมสยาม1,2 ชั้น 7

วันพุธที่ 18 มีนาคม 2563

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
09.00น.-10.00น.	อภิปรายเรื่อง Disto-inclined lower 7 vs Optimal time of lower 8 removal.	ทพ.นพปฎล จันทร์ผ่องแสง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พตอ.หญิง อมรรัตน์ วณิชโยบล โรงพยาบาลตำรวจ
10.00น.-11.00น.	บรรยายเรื่อง Ideal timing for extraction of compromised first permanent molar: theory vs reality.	ผศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินไหว คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
11.00น.-12.00น.	บรรยายเรื่อง Molar hypomineralization - a worldwide problem -What do we know and what can we do.	ผศ.ทพญ.ชนิกา แมนมนตรี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
12.00น.-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00น.-14.00น.	บรรยายเรื่อง Healthy eating behavior.	พญ.นัยนา ณีศะนันท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
14.00น.-15.00น.	บรรยายเรื่อง What do we know about sleep bruxism in children?	รศ.ดร.ทพ.สมศักดิ์ ไมตรีรัตนะกุล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
15.00น.-16.00น.	บรรยายเรื่อง QSNICH's management of ectopic eruption, embedded and impacted teeth.	ทพ.กฤษฎิ์ ปัณณะรัส สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา 10.30น.-10.45น. / ช่วงบ่ายเวลา 14.30น.-14.45น.

กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนก่อนส่งใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ทันตกรรมเด็ก

เรื่อง "Special Issues for Pediatric Dentistry"

วันที่ ๑๘ - ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓

ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง ..... เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ต่อ..... โทรสาร.....

E-mail address .....

ประเภท ☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลทั่วไป – ศูนย์ ☐ โรงพยาบาลเอกชน

☐ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ❍ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม ❍ นามบุคคล ❍ อื่นๆ ระบุ .....

ประเภทอาหาร ❍ ทั่วไป ❍ อิสลาม ❍ มังสวิรัติ

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เฟื่องสูงเนิน
กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ มือถือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

๓. เริ่มสมัครพร้อมชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Special Issues for Pediatric Dentistry"

****

กรุงไทย Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2): .....

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3): .....

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,500.- บาท / ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

กรุงไทย ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย Company Code: 9612

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน "หลักสูตรทันตกรรมเด็ก "Special Issues for Pediatric Dentistry" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2): .....

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3): .....

ประเภทการชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
☐ เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
☐ เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน...../ โทรศัพท์ .....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๒๔๙๕๕
วันที่ ๒๐ ธ.ค. ๒๕๖๒
เวลา ๑๔.๓๐ น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๙๔๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๔ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / สถาบันทันตกรรม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรม

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการทันตกรรมแบบบูรณาการ "ทันตกรรมเด็กและทันตกรรมจัดฟัน" ในระว่างวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๓ - ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาทางทันตกรรมเด็ก สามารถให้การตรวจวินิจฉัย วางแผนการรักษา การส่งปรึกษาการเตรียมผู้ป่วยรักษาทางทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมเด็กภายใต้การดมยาสลบ เข้าใจเกี่ยวกับงานจัดฟันในระยะฟันชุดน้ำนมและฟันชุดผสม สำหรับผู้ป่วยเด็กสามารถตรวจวินิจฉัย วางแผนการรักษา รวมถึงการส่งต่อเพื่อรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ ทันตแพทย์เด็ก และทันตแพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันสำหรับเด็ก มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย ๒ ปี เข้ารับการอบรมโดย **เสียค่าลงทะเบียนคนละ ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน)** ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว <u>ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี</u> โดยส่งหลักฐานประกอบการสมัครสำหรับคัดเลือกได้ที่ คุณวิมลวรรณ ภวภูตานันท์ กลุ่มงานทันตกรรม ชั้น ๓ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๓๒๑ E-mail: qsnich.dental@gmail.com ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ – ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายณรงค์ ...)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๒๓ ธ.ค. ๒๕๖๒

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มสนับสนุนวิชาการ
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com

ใบสมัคร

หลักสูตรทันตกรรมแบบบูรณาการ "ทันตกรรมเด็กและทันตกรรมจัดฟัน"
ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รูปถ่าย

---

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... อายุ.....ปี
Name (Mr./Mrs./Miss.).....Lastname.....
ตำแหน่ง.....

๒. ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ (บ้าน) .....
มือถือ ..... E-mail address .....

๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันโรงพยาบาล.....
จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์..... โทรสาร .....

๔. ประวัติการศึกษา

๔.๑ ทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต: ปีที่สำเร็จการศึกษา .....
จากสถาบัน .....

๔.๒ การศึกษาหลังปริญญา ☐ มี ☐ ไม่มี
-หลักสูตร..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....
จากสถาบัน .....
-หลักสูตร..... ปีที่สำเร็จการศึกษา .....
จากสถาบัน .....

๕. ประสบการณ์การทำงาน (ขอสงวนสิทธิ์ไม่พิจารณาหากข้อมูลต่าง ๆ มีรายละเอียดไม่ครบถ้วน)

๕.๑ ปฏิบัติงานตำแหน่งทันตแพทย์เด็ก ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. .....)
และ/หรือปฏิบัติงานทันตแพทย์ทั่วไป ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. .....)

๕.๒ สถานทีปฏิบัติงาน ๑..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. .....)
สถานทิปฏิบัติงาน ๒..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. .....)

๖. เหตุผลในการสมัครเข้าอบรม คือ .....
.....

ลงชื่อ .....
วันที่ส่งเอกสาร.....

<u>ส่งใบสมัครได้ที่</u>

คุณวิมลวรรณ ภาภูตานันท์ **E-mail :** qsnich.dental@gmail.com โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๓๒๑
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มงานทันตกรรม ชั้น ๓ อาคารสยามบรมราชกุมารี
ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
ดูรายละเอียดได้ที่ www.childrenhospital-training.com

<u>หมายเหตุ</u>

- กรุณาเขียนตัวบรรจง ให้ส่งเอกสารการสมัครทาง **E-mail : qsnich.dental@gmail.com**
พิจารณาเฉพาะผู้ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและถูกต้อง
- รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ ถึง วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
- ประกาศผลคัดเลือกวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ทาง www.Childrenhospital-Training.com
- อบรมวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓