



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
รับเลขที่.....  
วันที่ ๓๐ มิ.ย. ๒๕๖๐

ที่ สธ ๐๓๑๘๘/ ๓๐๘๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชมังคลาภิเษก เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน-เด็ก เรื่อง "Start looking beyond an ortho-  
pedo boundaries, Comprehensive cares for a new-gen kids"

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ  
๒. ใบตอบรับเข้าอบรมหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน-เด็ก  
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข  
รับเลขที่ ๑๓๙  
วันที่ ๑ กพ ๖๐  
เวลา ๑๕.๐๐

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน-เด็ก เรื่อง "Start looking beyond an ortho-pedo boundaries, Comprehensive cares for a new-gen kids" สำหรับทันตแพทย์เด็ก ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์จัดฟัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับงานจัดฟันในระยะฟันชุดน้ำนมและฟันชุดผสม (Early Orthodontic Treatment) และเพื่อต่อยอดความรู้ทางทันตกรรมจัดฟันและเทคโนโลยีทางทันตกรรมแห่งอนาคตที่เกี่ยวข้องในระดับตติยภูมิ ดังนั้นทางสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้จัดการอบรมดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารีฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน ๑๐๐ คน

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงใคร่ขอเชิญ ทันตแพทย์ เข้ารับการอบรมค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมการอบรมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร. ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ เริ่มสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๐ ปิดรับสมัครหากผู้สมัครเต็มตามจำนวนที่กำหนด ดาวน์โหลดเอกสารและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

พันเอกฯ  
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมเกียรติ ลลิตวงศา)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายประเสริฐ สิงจิตรธรรม)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)  
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (ราชบพิธราชมังคลาราม) เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร  
นายแพทย์ประเสริฐ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) วชิรพยาบาล  
นายแพทย์ประเสริฐ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) วชิรพยาบาล

- ๑ ก.พ. ๒๕๖๐

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘

[www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

Email address: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

พันเอกฯ ดำเนินการ

๒๓ ก.พ. ๖๐

กำหนดการประชุมวิชาการทันตกรรมจัดฟัน-เด็ก

“Start looking beyond an ortho-pedo boundaries, Comprehensive care for a new-gen kids”

ห้องประชุมสยาม1,2 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่ 15-17 มีนาคม 2560

วันพุธที่ 15 มีนาคม 2560

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
08.00น.-08.45น.	ลงทะเบียน	
08.45น.-09.00น.	พิธีเปิดการประชุม โดยผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	
09.00น.-10.00น.	การบรรยายเรื่อง III-II-I, How do I deal with you? Class III Malocclusion	โดย รศ.(พิเศษ) ทพญ.สมใจ สาดราวาทะ ภาคเอกชน
10.00น.-10.15น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
10.15น.-11.15น.	การบรรยายเรื่อง III-II-I, How do I deal with you? Class II Malocclusion	โดย รศ.ทพ.ไชยรัตน์ เฉลิมรัตน์โรจน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
11.15น.-12.15น.	การบรรยายเรื่อง III-II-I, How do I deal with you? Class I Malocclusion	โดย อ.ทพญ.ศรินนา ดันดิธนเศรษฐ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
12.15น.-13.30น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.30น.-14.30น.	การบรรยายเรื่อง Look beyond removable appliances, keep it simple and superb!	โดย อ.ทพ.วิชญ์ แจ่มศิริพันธ์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14.30น.-14.45น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
14.45น.-16.00น.	การบรรยายเรื่อง Look beyond a dental clinic, breakthrough the Children-friendly Clinic	โดย ทพ.เสถียร สุรวิตกาลกุล ภาคเอกชน

วันพฤหัสบดีที่ 16 มีนาคม 2560

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
09.00น.-10.00น.	การบรรยายเรื่อง Look beyond CLCP, what can Pedodontists do?	โดย ทพญ.นันทนา ศรีอุดมพร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
10.00น.-10.15น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
10.15น.-11.15น.	การบรรยายเรื่อง Look beyond anomaly, how to manipulate in the Early-age of life	โดย ทพญ.วรรธิตา จิตตานนท์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
11.15น.-12.15น.	การบรรยายเรื่อง Look beyond a gown coat, start dressing up likes a fashionista!	โดย ทพญ.วิลาสินี เลื่องวัฒนะวนิช ภาคเอกชน
12.15น.-13.30น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.30น.-14.30น.	การบรรยายเรื่อง Technologies and the Pursuit of Happiness	โดย รศ.ทพญ.วารุณี พรหมพานิช วานเดอพิทท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
14.30น.-14.45น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
14.45น.-16.00น.	การบรรยายเรื่อง Look beyond alveolar boundaries, welcome stem cells to a daily practice	โดย ผศ.ทพญ.ชลิตา นาคเลขา ลิมจีระจรัส คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน-เด็ก

“Start looking beyond an ortho-pedo boundaries, Comprehensive cares for a new-gen kids”

วันที่ ๑๕ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า  นาย  นาง  นางสาว

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง .....

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ต่อ ..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail address .....

ประเภท  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์

อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

\*\*ออกใบเสร็จในนาม  นามบุคคลลงทะเบียน  อื่น ๆ ระบุ .....

ประเภทอาหาร  อาหารทั่วไป  อิสลาม  ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางโทรสาร(ตัวบรรจง) โทรสาร๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณวไลพร บุญเตี้ย  
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

ผู้ประสานงานด้านการประชุม คุณวิมลวรรณ ภาภูตานันท์ โทร ๑๔๑๕ ต่อ ๕๓๒๑ (เวลาราชการ)

สถานที่ตั้ง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มภารกิจวิชาการ  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน  
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



## สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน หลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน-เด็ก

(Start looking beyond an ortho-pedo boundaries. Comprehensive cares for a new-gen kids)

\*\*\*\*\*



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 25 บาท ทั่วประเทศ

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



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย

Company Code: 9612

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรทันตกรรมจัดฟัน-เด็ก เรื่อง "Start looking beyond an ortho- สาขา.....  
Pedo boundaries, Comprehensive cares for a new-gen kids" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  - 

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

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

ประเภทการชำระ	รายละเอียด	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.	
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words	

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