สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๔๔๖๗
วันที่ ๑๘ ธ.ค. ๒๕๕๕
เวลา ๑๔.๑๐

ที่ สธ ๐๓๑๘ / ๑๘๘๔

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

วันที่ ๑๕ ม.ค.
วันที่ ๑๘ ธ.ค. ๒๕๕๕
เวลา ๙.๐๐

๔ ธันวาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมประชุมการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ระยะสั้นหลักสูตร "การรักษาคลองรากฟันกรามแท้ รุ่นที่ ๗"

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข / ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
๒. กำหนดการจัดประชุม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยกลุ่มงานทันตกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวง-สาธารณสุข กำหนดจัดการประชุมการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ระยะสั้น หลักสูตร "การรักษาคลองรากฟันกรามแท้ รุ่นที่ ๗" ในระหว่างวันที่ ๑๘ – ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๖ ณ ห้องประชุม ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบัน-สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถวินิจฉัยสภาวะเนื้อเยื่อในฟัน และเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน ตลอดจนการวินิจฉัยแยกโรคที่เกี่ยวข้อง พร้อมวางแผนการรักษาได้ถูกต้อง และสามารถรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาคลองรากฟันตลอดจนสามารถป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ สำหรับการประชุมครั้งนี้ประกอบด้วยการบรรยายและอภิปรายร่วม โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ประมาณ ๗๐ คน

ในการนี้กลุ่มงานทันตกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมประชุม <u>โดยจัดเก็บค่าลงทะเบียนคนละ ๗,๕๐๐ บาท (เจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)</u> สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สามารถเข้าร่วมการประชุมโดยไม่ถือเป็นวันลาและให้เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตามระเบียบของทางราชการ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว จึงขอความกรุณาจากผู้ประสงค์เข้าร่วมประชุมกรอกใบสมัครพร้อมจัดส่งใบสมัคร และหลักฐานการโอนเงินมาที่ ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร บุญเตี้ย กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๐๒ – ๓๕๔-๘๓๓๓–๔๓ ต่อ ๕๑๒๒, ๕๑๑๗ , ๐๘๘ ๘๗๔-๔๖๗๔ หรือ ๐๒-๓๕๔-๘๙๒๗ โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ <u>เปิดรับลงทะเบียนวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๕ ปิดรับสมัครเมื่อผู้เข้าร่วมประชุมครบตามจำนวน</u> การชำระค่าลงทะเบียนตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.สสจ.
1. เพื่อโปรดทราบ
2. เห็นควรประชาสัมพันธ์
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววรัตโนทัย พลับรู้การ)
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มงานภารกิจวิชาการ
โทรศัพท์ ๐๒ ๓๕๔ ๘๓๓๓ – ๔๓ ต่อ ๕๑๒๐ / ๐๒-๓๕๔-๘๙๒๗
โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
E-mail: qsnich.training@gmail.com ลงทะเบียนออนไลน์ : www.childrenhospital-training.com

ตารางการอบรม

หลักสูตร "การรักษาคลองรากฟันกรามแท้ รุ่นที่ 7"

ระหว่างวันที่ 18-22 มีนาคม 2556

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ห้องประชุมอาคารสยามบรมราชกุมารี 1,2

วันจันทร์ที่ 18 มีนาคม 2556

08.15น.-08.30น.	**ลงทะเบียน และพิธีเปิดการอบรม**
08.30น.-10.30น.	**บรรยายเรื่อง** Diagnosis and treatment planning of pulpal and periapical diseases **โดยวิทยากร ผศ.ทพญ.กัลยา ยันต์พิเศษ** คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
10.30น.-12.00น.	**บรรยายเรื่อง** Preoperative Procedures **โดยวิทยากร ทพญ.ปาริชาติ ตั้งกฤษณขจร** สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์
12.00น.-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00น.-14.00น.	**บรรยายเรื่อง** Root canal anatomy and access opening **โดยวิทยากร ทพญ.ปาริชาติ ตั้งกฤษณขจร** สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์
14.00น.-16.30น.	**บรรยายเรื่อง** Preparation of the root canal system **โดยวิทยากร ทพญ.ปาริชาติ ตั้งกฤษณขจร** สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

วันอังคารที่ 19 มีนาคม 2556

08.30น.-10.00น.	**บรรยายเรื่อง** Root canal obturation **โดยวิทยากร ทพญ.ธาราธร สุนทรเกียรติ** ภาคเอกชน คลินิกทันตกรรมสมภพ-อัมพุช
10.00น.-12.00น.	**บรรยายเรื่อง** Permanent restoration of the endodontically treated tooth **โดยวิทยากร รศ.ทพ.เฉลิมพล สี้ไวโรจน์** คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12.00น.-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00น.-15.00น.	**บรรยายเรื่อง** Problem in Endodontics: Prevention and Management **โดยวิทยากร ผศ.ทพญ.จีรภัทร จันทรัตน์** คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
15.00น.-16.30น.	**บรรยายเรื่อง** Root canal preparation with rotary instrument **โดยวิทยากร ทพญ.ปาริชาติ ตั้งกฤษณขจร** สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

ใบตอบรับเข้าร่วมการประชุม
การพัฒนาบุคลากรการแพทย์ระยะสั้น
หลักสูตร "การรักษาคลองรากฟันกรามแท้ รุ่นที่ ๗"
วันที่ ๑๘ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๖
ณ ห้องประชุม ๑,๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address .....

ประเภท ☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลทั่วไป – ศูนย์ ☐ โรงพยาบาลเอกชน
☐ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๗,๕๐๐ บาท (เจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ประเภทอาหาร ❍ อาหารทั่วไป ❍ อิสลาม ❍ ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร
(หมายเลขโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร บุญเตี้ย
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๓๕๔-๘๓๓๓-๔๓ ต่อ ๕๑๑๗,๕๑๒๒
หรือ ๐๒-๓๕๔-๘๙๒๗
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

ผู้ประสานงานด้านการจัดประชุม คุณวิมลวรรณ บุญชู
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๓๕๔-๘๓๓๓-๔๓ ต่อ ๕๓๒๑

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

<u>หมายเหตุ</u> รบกวนเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน โครงการพัฒนาบุคลากรการแพทย์ระยะสั้น หลักสูตร "การรักษาคลองรากฟันกรามแท้ รุ่นที่ 7"

****

Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 7,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

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

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย — ส่วนของธนาคาร

Company Code: 9612 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ หลักสูตรระยะสั้น "การรักษาคลองรากฟันกรามแท้ รุ่นที่ 7" 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 .....