

๑๖๔๓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
รับเลขที่ ๑๓๖๕  
วันที่ ๒๕ ธ.ค. ๒๕๖๑  
๑๒๕๖๓

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๑๔๗๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century"

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

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
- ๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
- ๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข  
รับเลขที่ ๑๓๖๕  
วันที่ ๒๕ ธ.ค. ๒๕๖๑  
เวลา ๑๓.๐๐

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century" สำหรับทันตแพทย์เด็ก และทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มพฤติกรรมเด็กในอนาคตและแนวทางการบริหารจัดการ และการรักษาทางทันตกรรมเด็ก รวมถึงทันตกรรมจัดฟัน ทันตศัลยกรรม และการจัดการภาวะฉุกเฉินในเด็ก ดังนั้นทางสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้จัดการอบรมดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์โปษยกฤต ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารีฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน ๑๔๐ คน

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ ทันตแพทย์ เข้าร่วมการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๓๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ **เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒** และขอปิดรับสมัครหากจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๔๐ คน ด่วน! โหลดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....  
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณินทร์ เวชชาภินันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

(นายณินทร์ เวชชาภินันท์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)  
โรงพยาบาลลาดกระบัง วิทยาการในตำแหน่ง  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๒๗ ธ.ค. ๒๕๖๑

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

[www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) / E-mail: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)



ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ทันตกรรมเด็ก

เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century"

วันที่ ๒๐ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมจักรพันธ์โพษยภฤต 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](http://www.childrenhospital-training.com) หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

เลือกรับเอกสารประกอบการบรรยายเพียง ๑ ข้อ

สแกน QR code  รูปเล่มเอกสารประกอบการบรรยาย (ผู้เข้าอบรมนำอุปกรณ์ที่สามารถอ่าน Digital File มาด้วยในการเข้ารับการอบรม)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณวไลพร เพ็องสูงเนิน  
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 ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒



กำหนดการประชุมวิชาการ หลักสูตรทันตกรรมเด็ก  
(Pediatric Dentistry For The Next Century)

วันพุธที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๙.๐๐น.-๑๐.๓๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง ICDAS and Caries Management	รศ.ดร.ทพญ.ศิริรักษ์ นครชัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๐.๓๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง The Promising Future of Probiotics in Caries Prevention	ผศ.ทพญ.อรนิตา วัฒนรัตน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๒.๐๐น.-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐น.-๑๔.๓๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง The Past Present and Future of Pulp Dressing Material in Pediatric Dentistry	ผศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินโหว คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๔.๓๐น.-๑๖.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง พลิกมุมมองชีวิต Take off : ศิลปะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อหมอฟัน 4.0	รศ.ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. / ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.

วันพฤหัสบดีที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๙.๐๐น.-๑๐.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Growth Modification: from Myths to Reality	ผศ.ทพญ.ดร.พินทุอร จันทรวราทิตย์ ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๐.๐๐น.-๑๑.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง "Startup" Journey- Beneath the Tip of Iceberg	นส.ธีรยา ธีรนาคนาท CFO, Career Visa Digital Co.,Ltd.
๑๑.๐๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Dentistry vs Startup; How a Dentist turn into Tech Entrepreneur	ทพญ.กัญจน์ภััสสร สุริยาแสงเพ็ชร CEO, Telemedico Co.,Ltd.
๑๒.๐๐น.-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐น.-๑๔.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Facing the Challenges of Invisible Orthodontics	อ.ทพญ.สุธากา ศรีอรุโณทัย ภาคเอกชน
๑๔.๐๐น.-๑๕.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง QSNICH Interceptive Orthodontics: Bridging Theory and Practice	ทพ.กฤษฎี ปิณณะรัส สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๕.๐๐น.-๑๖.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Lower Second Molar Impaction: Focusing and Magnifying Re-Match	ทพ.นพปฎล จันทร์ม่วงแสง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. / ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.



วันศุกร์ที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๙.๐๐น.-๑๐.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง How to Manage Oral Swelling in Pediatrics	ทพ.วสันต์ ประเสริฐสม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๐.๐๐น.-๑๑.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Emergency Tx in Pediatrics	ทพญ.ยุวณูช นาควิเชียร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๑.๐๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Common oral Lesions in Pediatrics	อ.ทพ.ดร.อชิรุช สุพรรณเกษัช คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๒.๐๐น.-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐น.-๑๔.๐๐น.	บรรยาย Update CPR for Dentists	นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๔.๐๐น.-๑๕.๓๐น.	Update CPR (ภาคปฏิบัติ)	นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา นส.อรัญญา ไทยแท้ นส.อัญวิณ์ สันตินิพพาน นส.ลฎาภา เข้มทอง นางศุภลักษณ์ สวัสดิ์ชัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. / ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.



จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม 2562



## สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
หลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century"

\*\*\*\*\*



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



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9612

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน "หลักสูตรทันตกรรมเด็ก Pediatric Dentistry for the Next Century" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

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 .....