

01/90/07/62



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
รับเลขที่ ๑๕๖๐  
วันที่ ๕ มิ.ย. ๒๕๖๒  
เวลา ๑๖.๓๗ น.

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗ / ๖๑๕

วันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และหัวหน้าหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  
รับเลขที่ ๑๕๖๐  
วันที่ ๕ มิ.ย. ๒๕๖๒  
เวลา ๑๕.๒๗ น.

ด้วยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Current Wound, Ostomy, Continence and Foot Care สำหรับอาจารย์พยาบาลจากสถาบัน การศึกษาต่างๆ และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๒ ณ โรงแรมดิเอมเมอร์ลด์ กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าประชุมสามารถประเมิน วินิจฉัย วางแผนดูแลผู้ที่มีแผลเท้าเบาหวาน แผลจากความผิดปกติของหลอดเลือด บาดแผลไหม้ น้ำร้อนลวก แผลกดทับ รวมถึงผู้ที่มีผิวหนังหรือบาดแผลถูกทำลายจากสิ่งขั้บถ่ายจากภาวะไม่สามารถกลั้นอุจจาระปัสสาวะได้ ทั้งที่มีและที่ไม่มีทวารเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูและป้องกันการเป็นซ้ำได้อย่างถูกหลักวิธี มีความเหมาะสมและปลอดภัย ตระหนักในอันตรายและความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลบาดแผลและอุปกรณ์รองรับสิ่งขั้บถ่ายหรือสิ่งขั้บหลังที่ไม่เหมาะสม และสามารถเลือกและใช้ผลิตภัณฑ์ได้อย่างคุ้มค่าคุ้มค่า มีแนวทางการจัดระบบการดูแลที่ครบวงจร ครอบคลุมการดูแล การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของผิวหนัง

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี จึงขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าประชุมตามวันและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยสามารถสมัครออนไลน์ได้ทางเว็บไซต์ <https://med.mahidol.ac.th/nursing/th> ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ และผู้เข้าประชุมสามารถเข้าประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจากต้นสังกัด ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเข้ารับการประชุมเชิงปฏิบัติการ และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....Wau.....

ดำเนินการ

OM

(นางฉัทธนา สังขชาติ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๕ มิ.ย. ๒๕๖๒

ดร. เรณู พุกบุญมี

(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

- มอบคุณกิตตินันต์  
พร. 5/20/62



**ใบสมัครเข้าการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง**  
**Current Wound, Ostomy, Continence and Foot Care**

วันที่ 21-23 สิงหาคม 2562

ณ โรงแรม ดี เอ็มเมอร์ลด์ ถนนรัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร

1. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มั่งสวิรัตติ
2. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มั่งสวิรัตติ
3. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มั่งสวิรัตติ

สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัดหน่วยงาน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ .....

Email Address .....

4. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี **ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (9) เลขที่ 026-462490-5** จำนวนเงิน **4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)** (ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน ใบประกาศนียบัตร และเอกสารการประชุม)

รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมดจำนวน.....คน เป็นเงิน จำนวน.....บาท

หากจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าประชุมได้อีก

**\*\*ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด**

5. ขอให้ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้เข้าประชุม
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....



QR Code ลงทะเบียนออนไลน์

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

**หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ**

1. กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารทางอีเมล [rama.ccne@gmail.com](mailto:rama.ccne@gmail.com) หรือโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐานที่ท่านส่งมาครบหรือไม่ ที่โทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608 ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>
2. ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
3. รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าประชุมผ่านทางธนาคาร)
4. **ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน**

**หมายเหตุ** หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608



THE EMERALD HOTEL  
BANGKOK

## แบบฟอร์มการจองห้องพัก การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

### Current Wound, Ostomy, Continenence and Foot Care

วันที่ 21-23 สิงหาคม 2562

ณ ห้องบอลรูม 1 ชั้น 3 โรงแรม ดิ เอ็มเมอร์อัลด์ ถนนรัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร

ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าพัก ..... เบอร์โทรติดต่อ.....

ชื่อ-นามสกุลผู้เข้าพักร่วม..... เบอร์โทรติดต่อ.....

วันที่เข้าพัก.....เดือน..... พ.ศ..... เวลาเข้าพัก..... น.

วันที่เข้าออก.....เดือน..... พ.ศ..... เวลาที่ออก..... น.

( ) ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,600 บาท/รวมอาหารเช้า 1 ท่าน จำนวน.....ห้อง

( ) ห้องพักคู่ ราคา 1,600 บาท รวมอาหารเช้า 2 ท่าน จำนวน.....ห้อง เดียงเสริม.....ห้อง

\*\*\* ชำระค่าใช้จ่ายชำระโดยตรงกับทางโรงแรมในวันที่เข้าพัก หรือ วันที่ออก และออกใบเสร็จในนามผู้เข้าพัก\*\*\*

ชื่อหน่วยงาน.....

กรุณาส่งแบบฟอร์มการจองไปที่ โรงแรม ดิ เอ็มเมอร์อัลด์ ถนนรัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร

โทรสาร 02-276-4789 หรือ อีเมลล์ kulissara@emeraldhotel.com

โทรยืนยันการจองห้องพักได้ที่ โทรศัพท์ 02-276-4567 ต่อ 8456 คุณกุลิสรา โพร้เกตุ (ผู้จัดการฝ่ายขายจัดเลี้ยง)

ลงชื่อ.....ผู้เข้าพัก

วันที่ส่งใบจอง.....



## วิธีดำเนินการประชุม

- \* บรรยาย และกรณีตัวอย่าง
- \* สอนสถิติและฝึกปฏิบัติการใช้ฐานในการดูแลสถิติต่างๆ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมประชุมทราบแนวทางการดูแลที่มีมาตรฐานตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และสามารถนำความรู้ที่ได้กลับไปประยุกต์ใช้ในงานของตนเองได้

## ผู้เข้าร่วมประชุม

อาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาต่างๆ และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ จำนวน 170 คน

## การส่งใบสมัคร

- ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> หรือ
- หลังจากโอนเงินผ่านธนาคารเข้าบัญชีของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลเรียบร้อยแล้ว กรุณาส่งใบสมัครพร้อมสลิปการโอนเงินมายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามารามธิบดี ทางอีเมล [rcmca.ccmee@gmail.com](mailto:rcmca.ccmee@gmail.com) หรือโทรสาร 02-201-2011 หลังจากส่งใบสมัครแล้วขอให้โทรติดต่อสอบถามว่าเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารที่ท่านส่งมาครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ ที่เบอร์โทรที่พท์หมายเลข 02-201-1608, 02-201-1512 และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ให้ทางศูนย์ตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>



QR Code ลงทะเบียนออนไลน์

## ค่าลงทะเบียนและการสมัคร

ค่าลงทะเบียนจำนวน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)  
รวมค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง  
เอกสารประกอบการประชุม และใบประกาศนียบัตร  
การสมัครโดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ อ.ไทยพาณิชย์ สาขารามารามธิบดี ซื่อบัญชี

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามารามธิบดี (9)

เลขที่บัญชี 026-462490-5

ไม่รับลงทะเบียนทางธนาคาร

## หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเมือง

อยู่ระหว่างการพิจารณาจากสภาการพยาบาล

## ผู้รับผิดชอบโครงการ

โรงเรียนพยาบาลรามารามธิบดี  
ร่วมกับ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามารามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## ติดต่อขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามารามธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามารามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร. (02) 201-1608, (02) 201-1512

โทรสาร (02) 201-2011

ท่านสามารถเข้าไปดูรายละเอียดเพิ่มเติมและ Download เอกสารได้ที่

<http://med.mahidol.ac.th/nursing>



การประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

Current Wound  
Ostomy, Continen  
and Foot Care



วันที่ 21-23 สิงหาคม 2562

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ



