

02/02/09/58



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๓๔๗๕
วันที่ ๓๐ มี.ค. ๒๕๕๘
เวลา ๑๐.๐๐

ที่ สธ ๐๓๑๘/๕๓๗๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

มีนาคม ๒๕๕๘

ผู้ส่ง	409
เลขที่	30/3.0/58
วันที่	15.00

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/จังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/วิทยาลัยพยาบาล/ ศูนย์อนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม “การพยาบาลเด็ก”

- ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
- ๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลเด็ก” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น สถาบันฯ ได้จัดการอบรมขึ้นระหว่างวันที่ ๖-๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงใคร่ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่สนใจเข้ารับการอบรมดังกล่าว โดยเสียค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๑๗๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียน และส่งใบตอบรับมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันท์ หรือ นางสาวปานจิตต์ เพิ่มชาติ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔ โทรสาร. ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๘ เป็นต้นไป รับจำนวนจำกัดหากเต็มจำนวนแล้วขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน...*WNU*.....

ดำเนินการ *URS* *DMC*

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม  
กลุ่มภารกิจวิชาการ  
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐  
โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘

-มอบคุณเก๋กัณท์  
ปรกฤษิณพันธ์  
*31 มี.ค. 58*

(นางลักขณา ศิงขาศ) *WNU*  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริหารทางวิชาการ  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
๓๐ มี.ค. ๒๕๕๘

Email address: [qsnych.training@gmail.com](mailto:qsnych.training@gmail.com) [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

4

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

“การพยาบาลเด็ก” ครั้งที่ 32 วันที่ 6 - 10 กรกฎาคม 2558

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 - 2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

		09.00 – 10.15 น.	10.15 - 10.30 น.	10.30 – 12.00 น.		13.00-14.30 น.		14.45-16.00 น.
จันทร์ 6 ก.ค. 2558	8.00-9.00 น. ลงทะเบียน 8.30-9.00 น. พิธีเปิด	Trends in Children's Health  พ.ญ.ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร		การเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ  นางทรงศนันท์ อ่วมประเสริฐ	12.00 – 13.00 น.	ปัญหาโภชนาการในเด็ก  พ.ญ.สุนทรี รัตนชูเอก ✓	14..30 -14.45 น.	Biopsychosocial care for hospitalized child  นางสาววิไลรัตน์ ชัชวาลิตสกุล
อังคาร 7 ก.ค. 2558	8.30-10.15 น.  โรคระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อยในเด็ก พ.ญ. นิยะดา วิทยาศัย			การพยาบาลผู้ป่วย GI bleeding & pH monitoring นางสาวสุชานันท์ อุ่นสกุล ✓		โรคสมองในผู้ป่วยเด็ก น.พ.ธนิษฐ์ เวชชาภินันท์ ✓		การพยาบาลเด็กโรคสมอง นางสาวอุรารักษ์ ลำน้อย
พุธ 8 ก.ค. 2558	โรคมะเร็งและโรคเลือดในผู้ป่วยเด็ก  พ.ญ.สมใจ กาญจนางค์กุล			การพยาบาลโรคมะเร็งและโรคเลือดในผู้ป่วยเด็ก  นางสาวพรทิพย์ แพกระจำง		Common skin problems and pitfall in drug allergy  พญ. วนิดา ลิ้มพวงศานุรักษ์		การพยาบาลผู้ป่วย IDDM  นางนิภาพร หลีกกุล
พฤหัสบดี 9 ก.ค. 2558	โรคหัวใจในผู้ป่วยเด็ก  น.พ.ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน ✓			โรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็ก  พ.ญ.พนิดา ศรีสันต์		Nursing care for Oxygen Therapy in Pediatric  นางสาวสุนตรา แก้ววิเชียร		การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ นางสาววิวรรธนี ทางเจริญ
ศุกร์ 10 ก.ค. 2558	8.30-10.00 น.  โรคไข้เลือดออก พ.ญ. ประอร สุประดิษฐ์	10.00-10.15 น.	10.15-11.00 น.  การพยาบาลเด็กไข้เลือดออก นางรศนา วลีรัตน์	11.00-12.00 น.  การพยาบาลโรคหัวใจเด็ก นางสาวมุสณี วินยพงษ์พันธ์		Palliative Care		ประเมินผล พิธีปิด

## ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

## เรื่อง “การพยาบาลเด็ก”

วันที่ ๖ - ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๘

ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address .....

ประเภท  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์  โรงพยาบาลเอกชน อื่นๆ.....ค่าลงทะเบียน  ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)ออกใบเสร็จในนาม  นามบุคคล  อื่นๆ ระบุ .....ประเภทอาหาร  ทั่วไป  อิสลาม  มังสวิรัติ  เจ  อื่นๆ ระบุ.....การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา  
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร

โทรสาร. ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่[www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณปานจิตต์ เพิ่มชาติ  
กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัคร  
แล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ถ้าจำนวนผู้เข้ารับการอบรมครบจะปิดก่อนกำหนด รับจำนวนจำกัด



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
(การพยาบาลเด็ก)



Company Code: 9614

กรุงเทพฯ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

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

**ค่าลงทะเบียน**

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 5,000.- บาท/ท่าน

**การชำระเงิน**

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

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



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงเทพฯ



Company Code: 9614

วันที่.....

กรุงเทพฯ

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลเด็ก)

สาขา.....

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 .....