



03/02/04/58

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
วันที่ ๓๐ มี.ค. ๒๕๕๘
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

ที่ สธ ๐๓๑๘ / ๕๕๖๘

๑๑ มีนาคม ๒๕๕๘

จำนวนผู้ลงทะเบียน	410
วันที่ 30 / 3 / 58	
เวลา 15.00	

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขจังหวัด/  
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
  ๒. กำหนดการจัดประชุม
  ๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ในระหว่างวันที่ ๒๖-๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ด้านกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่จำเป็น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และทัศนคติของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ที่สนใจ จำนวน ๑๒๐ คน

ในการนี้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมประชุมสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม สามารถเข้าร่วมการประชุมโดยไม่ถือเป็นวันลา และให้เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว โดยจัดเก็บค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ในกรณีผู้เข้ารับการประชุมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี ส่งใบสมัครมาที่ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันทิ หรือ คุณวไลพร บุญเตี้ย กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ , ๕๑๑๓ , ๐๘๘ ๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ **เปิดรับสมัครวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ และปิดรับสมัครเมื่อผู้เข้าร่วมประชุมครบตามจำนวนการชำระค่าลงทะเบียนตามสิ่งที่ส่งมาด้วย**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ , ๕๑๑๓

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

E-mail: qsnich.training@gmail.com ลงทะเบียนออนไลน์ : www.childrenhospital-training.com

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน...  
ดำเนินการ 16/3/58

(นางลักขณา หิงชาต)  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริหารทางวิชาการ  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
๓๐ มี.ค. ๒๕๕๘

มอญนุก กิ่งพันธ์  
ปรีชาสัมพันธ์

ปรีชาสัมพันธ์

4

โครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 26 – 28 สิงหาคม พ.ศ.2558

โดย: งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ณ ห้องประชุม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

วัน เดือน ปี	08.00น. - 09.00 น.	09.30น.-12.00 น.	12.00น.-13.00 น.	13.00น.-14.00 น.	14.00น.- 15.00 น.	15.00น.-16.00 น.
วันที่ 26 ส.ค.58	ลงทะเบียน (08.00น. -08.30 น.) พิธีเปิด (08.30น. - 09.00น.) รศ.คลินิก พญ.ศิริภรณ์ สุวีตติวร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี	Management and how to refer in Pediatric นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา นพ.ธนินทร์ เวชชาภินันท์ อ.วีณา เทศวงศ์ ดำเนินการอภิปรายโดย คุณณนริศศร อารยะศิลป์พร	พักรับประทานอาหารกลางวัน	13.00น.-14.30น พยาบาลกับงานวิจัย:เรื่องต่างๆในห้องฉุกเฉิน ดร.ศิริธร ยิ่งเงงเงง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 14.30น.-16.00น - Nursing Management with Pediatric Surgery Problems อ. ปานจิตต์ พรหมโชติ		
วันที่ 27 ส.ค.58	08.30น. - 10.30 น. Neonatal Emergency Problems พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน	10.30น.-12.00น. Pediatric Emergency Problems นพ.ธัญญ์รัฐ บุณนาค		13.00น.-14.30น - Cardiovascular Emergency นพ.ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน 14.30น.-16.00น - Nursing Management with Cardiovascular Problems อ.แพรวดาว พันธุ์รัตน์		
วันที่ 28 ส.ค.58	08.30น. - 10.30น. Dengue Emergency Shock Management ศ.คลินิก พญ.ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ ศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทาง โรคไข้เลือดออก (WHO CC for cases management of Dengue/DHF/DSS)	10.30น.-12.00น. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน/ โรคอุบัติใหม่ อ.รัชนิบูลย์ เงินวิลัย		13.00น.-14.30น - Emergency Conditions in Pediatric Surgery พญ. อัจฉริยา ทองสิน		14.30-15.00น - ประเมินผลการอบรม - ปิดการอบรม

**ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม**  
**การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน**  
**วันที่ ๒๖ - ๒๘ สิงหาคม ๒๕๕๘**  
**ณ ห้องประชุม ๑-๒ ชั้น ๖ อาคารสยามบรมราชกุมารี**  
**สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง .....

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....รหัสสมาชิก .....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address .....

ประเภท  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์  
 อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

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)  
 หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร  
 (หมายเลขโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณวไลพร บุญเต็ย  
 หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓,๕๑๒๐  
 หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
 ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน  
 ๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียน  
 ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



### สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

#### ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน " อบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน "

\*\*\*\*\*

Company Code: 9656

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

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

#### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,000.- บาท/ท่าน

#### การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้ได้รับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

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



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

ส่วนของธนาคาร

Company Code: 9656

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรม เรื่อง "การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน"

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 .....