



05/09/09/59

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๒๕๖
วันที่ ๕ มี.ค. ๒๕๕๙
เวลา ๑๖-๐๐
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กทม.๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗ / ๐๑๑๗

วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเข้าประชุมวิชาการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและ
โรงพยาบาลในสังกัดอื่นทุกแห่ง / ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล / คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ /
และหัวหน้าหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและประเมินบริการ
รับเลขที่ 337
วันที่ 7/2/59
เวลา 9.10

ด้วยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการ
ประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลยุค AEC กับความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องทางกฎหมาย สำหรับพยาบาลวิชาชีพ
บุคลากรทางด้านสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ
ทั่วประเทศ ในวันที่ ๑๗-๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๙ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ใคร่ขอเชิญบุคลากรพยาบาลและผู้สนใจในสังกัดของท่าน สมัครเข้าประชุม
วิชาการครั้งนี้ ดังรายละเอียดของโครงการที่แนบมาพร้อมนี้ โดยเก็บค่าลงทะเบียน อัตราคนละ ๔,๐๐๐ บาท
-สี่พันบาทถ้วน(รวมค่าเอกสาร ใบประกาศนียบัตร อาหารว่างและอาหารกลางวัน) และผู้เข้าประชุมสามารถ
เข้าประชุมได้ โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจาก
ต้นสังกัด(ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว ๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ เรื่องระเบียบ
กระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๕๕) ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจาก
ผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรพยาบาลในสังกัดเข้ารับการประชุมวิชาการ และเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าว
ให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน...WAV.....

ดำเนินการ

OMC

(นางลักขณา หังชชาติ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริหารทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๕ มี.ค. ๒๕๕๙

ขอแสดงความนับถือ

ดร.เรณู พุกบุญมี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

มอบคุณ กิตตินันท์
ปร.ช.สิมพันธ์

๗ มี.ค.๕๙

ใบสมัครเข้าร่วมวิชาการเรื่อง

การพยาบาลยุค AEC กับความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องทางกฎหมาย

วันที่ 17-19 พฤษภาคม 2559

ณ โรงแรมดิเอมเมอร์ลด์ กรุงเทพฯ

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

สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัดโรงพยาบาล.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ

Email Address

4. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (5) เลขที่ 026-4-46726-4 จำนวนเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน) (ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน และเอกสารการประชุม) รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด.....คน เป็นเงินจำนวน.....บาท หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก

****ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด**

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

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

1. กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งโทรสาร ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารไปที่ หมายเลขโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐานที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608 หรือลงทะเบียนออนไลน์ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>
 2. ท่านจะได้รับการตอบรับเข้าร่วมประชุม โดยทางอินเทอร์เน็ตตามลำดับการสมัครของผู้สมัครเข้าร่วมประชุม ซึ่งสามารถตรวจสอบลำดับที่และรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
 3. รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าร่วมประชุมผ่านทางธนาคาร)
 4. ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน
- หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608

ใบจองห้องพัก

การประชุมวิชาการเรื่อง

การพยาบาลยุค AEC กับความเสี่ยงต่อการท่องเที่ยวทางกฎหมาย

วันที่ 17-19 พฤษภาคม 2559

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

- ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....
- มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ ดังนี้
 - ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน (รวมอาหารเช้า)
 - ห้องพักคู่ ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน (รวมอาหารเช้า)โดย ขอพักรวมกับ.....
 ขอให้ทางโรงแรมจัดให้
โดยเข้าพักโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.
ออกจากโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.
- ส่งใบประสงค์จองห้องพัก ไปยัง

คุณผุสดี ทิพยกานนท์
ผู้อำนวยการฝ่ายขายจัดเลี้ยง
โรงแรมดิเอมเมอรัลด์
ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม.10400
โทรศัพท์ 0-2276-4567 ต่อ ฝ่ายจัดเลี้ยง
081-890-1324
โทรสาร 0-2276-4789
Website: www.emeraldhotel.com
E-mail : event@emeraldhotel.com

- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี ไม่รับจองห้องพัก และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมว่าได้รับใบจองห้องของท่านหรือไม่ ก่อนวันที่ 10 พฤษภาคม 2559

วิธีดำเนินการประชุม

- บรรยาย
- กรณีศึกษา
- การอภิปราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้เข้าประชุมสามารถ
- มีความเข้าใจ ในประเด็นความเสี่ยงทางการพยาบาลและปัญหาทางกฎหมายการพยาบาล
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นความเสี่ยงทางการพยาบาลและปัญหาทางกฎหมายการพยาบาล
- แนวทางแก้ไขประเด็นความเสี่ยงทางการพยาบาลและปัญหาทางกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล

ผู้เข้าร่วมประชุม

- อาจารย์พยาบาลสังกัดโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี และพยาบาลประจำการสังกัดฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี สิ่งกีดขวาง
- แพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข อาจารย์พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ
- จำนวนทั้งหมด 200 คน

การส่งใบสมัคร

- 1.ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> หรือ
2. หลังจากโอนเงินผ่านธนาคารเข้าบัญชีของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดีแล้ว กรุณาส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการเงิน (สลิปการโอนเงินที่โทรสารออกให้) มายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดีที่โทรสารหมายเลข 02-201-2011 หลังจากที่ได้รับโทรสารแล้วขอให้โทรศัพท์สอบถามว่าเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารที่ท่านส่งมาครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ ที่เบอร์โทรศัพท์หมายเลข 02-201-1608, 02-201-1512 และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ให้ท่านตรวจสอบรายชื่อได้ที่

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

ค่าลงทะเบียนและการสมัคร

ค่าลงทะเบียนจำนวน 4,000 บาท(สี่พันบาทถ้วน)
รวมค่าอาหารกลางวันอาหารว่าง เอกสารประกอบการประชุมและใบประกาศนียบัตร การสมัครโดยโอนเงินค่าลงทะเบียน
เข้าบัญชีออมทรัพย์ ธ.ไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี

ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (5)

เลขที่บัญชี 026-4-46726-4

ไม่รับลงทะเบียนทางธนาณัติ

หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง

อยู่ระหว่างพิจารณาจากสภาการพยาบาล

ผู้รับผิดชอบโครงการ

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ติดต่อขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร (02) 201-1608, (02) 201-1512

โทรสาร (02) 201-2011

ท่านสามารถเข้าไปดูรายละเอียดเพิ่มเติมและ Download เอกสารได้ที่

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



การประชุมวิชาการ
เรื่อง

การพยาบาลยุค AEC
กับความเสี่ยงต่อการฟ้อง
ทางกฎหมาย

วันที่ 17-19 พฤษภาคม 2555
ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กทม.๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗ / ๐๑๗๙

วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญเข้าประชุมวิชาการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและ
โรงพยาบาลในสังกัดอื่นทุกแห่ง / ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล / คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ /
และหัวหน้าหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ด้วยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการ
ประชุมวิชาการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล จากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ
ทั่วประเทศ จำนวน ๒ โครงการ ดังนี้

๑. การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การเตรียมพยาบาลเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาาระบบหัวใจ
หลอดเลือด และทางเดินหายใจ (๑๐ วัน) ค่าลงทะเบียนคนละ ๑๕,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ภาคทฤษฎี
วันที่ ๖-๑๑ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ ภาคปฏิบัติ รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๓-๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๙
รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๙-๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๙ ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

๒. การประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน: แนวทางการรักษาและการดูแล (๕ วัน) ค่าลงทะเบียน
คนละ ๕,๕๐๐ บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) ในวันที่ ๒๗ มิถุนายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์
กรุงเทพฯ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ใคร่ขอเชิญบุคลากรพยาบาลในสังกัดของท่านที่สนใจสมัครเข้าประชุมในแต่ละ
โครงการตามวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น(ค่าลงทะเบียนรวมค่าเอกสาร อาหารว่างและอาหารกลางวัน)
ผู้เข้าประชุมสามารถเข้าประชุมได้โดยไม่มีถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบ
ทางราชการจากต้นสังกัด ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว (ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่
กค ๐๔๐๙.๖/ว ๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ เรื่องระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วน
ราชการ พ.ศ. ๒๕๔๙) ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรพยาบาลในสังกัดเข้ารับการประชุมวิชาการ และเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าว
ให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ใบสมัครเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง
การเตรียมพยาบาลเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาาระบบหัวใจ
หลอดเลือด และทางเดินหายใจ

ภาคทฤษฎี วันที่ 6-11 มิถุนายน 2559 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

ภาคปฏิบัติ รุ่นที่ 1 วันที่ 13-16 มิถุนายน 2559 รุ่นที่ 2 วันที่ 19-22 มิถุนายน 2559 ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัต
- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัต
- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัต

สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัด.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ

Email Address

- มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมอบรม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี

ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (1) เลขที่ 026-446722-2

จำนวนเงิน 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) (ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน และเอกสารการอบรม)

รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด.....คน เป็นเงินจำนวน.....บาท

หากจำนวนผู้สมัครเข้าอบรมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าอบรมได้อีก

****ของสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด**

- ขอให้ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้เข้าอบรม
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....

6. การเข้าอบรม

6.1 ภาคทฤษฎี 6 วัน ในวันที่ 6-11 มิถุนายน 2559 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

6.2 ภาคปฏิบัติ 4 วัน แบ่งจัด 2 รุ่น ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ท่านสามารถเลือกเข้ากลุ่ม

ฝึกปฏิบัติ หากลำดับแรกที่ท่านเลือกเต็มจำนวน จะจัดให้ท่านเข้ากลุ่มในลำดับที่ 2 ที่ท่านเลือก

ลำดับที่..... รุ่นที่ 1 วันที่ 13-16 มิถุนายน 2559 ลำดับที่..... รุ่นที่ 2 วันที่ 19-22 มิถุนายน 2559

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมอบรมโดยสมบูรณ์เมื่อ

- กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งโทรสาร ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารไปที่ หมายเลขโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐาน ที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608 หรือลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>
- ท่านจะได้รับการตอบรับเข้าร่วมอบรม โดยทางอินเทอร์เน็ตตามลำดับการสมัครของผู้สมัครเข้าอบรม ซึ่งสามารถตรวจสอบลำดับที่และรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังการส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
- รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้ออนไลน์ค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าอบรมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าอบรมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าอบรมได้อีก
- ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน

ใบจองห้องพัก

การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

การเตรียมพยาบาลเพื่อการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาในระบบหัวใจ หลอดเลือด และทางเดินหายใจ

ภาคทฤษฎี วันที่ 6-11 มิถุนายน 2559 ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

ภาคปฏิบัติ รุ่นที่ 1 วันที่ 13-16 มิถุนายน 2559 รุ่นที่ 2 วันที่ 19-22 มิถุนายน 2559 ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

1. ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

2. มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ ดังนี้

- ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน (รวมอาหารเช้า)
 ห้องพักคู่ ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน (รวมอาหารเช้า)
โดย ขอพักรวมกับ.....
 ขอให้ทางโรงแรมจัดให้

โดยเข้าพักโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.

ออกจากโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.

3. ส่งใบประสงค์จองห้องพัก ไปยัง

คุณสุสติ ทิพยกานนท์
ผู้อำนวยการฝ่ายขายจัดเลี้ยง
โรงแรมดิเอมเมอรัลด์
ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม.10400
โทรศัพท์ 0-2276-4567 ต่อ ฝ่ายจัดเลี้ยง
081-890-1324
โทรสาร 0-2276-4789
Website: www.emeraldhotel.com
E-mail : event@emeraldhotel.com

4. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี ไม่รับจองห้องพัก และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมว่าได้รับ
ใบจองห้องของท่านหรือไม่ ก่อนวันที่ 2 มิถุนายน 2559

วิธีดำเนินการประชุม

- ภาคทฤษฎี: บรรยาย และสัมมนา
- ภาคปฏิบัติ: สอนสาธิตและฝึกปฏิบัติโดยการใช้หุ่นจำลอง
- สถานการณ์เสมือนจริงในสถานการณ์ฉุกเฉินและวิกฤต

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคระบบหัวใจ หลอดเลือด และ ทางเดินหายใจได้อย่างถูกต้อง

ผู้เข้าร่วมประชุม

- พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤต อาจารย์พยาบาล สังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมาไม่น้อยกว่า 1 ปีและ/หรือจะเข้าปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตและอาจารย์พยาบาล จากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ
- จำนวนทั้งหมด 80 คน

การส่งใบสมัคร

1. ลงทะเบียนออนไลน์ที่ <https://med.mahidol.ac.th/nursing/> หรือ
2. หลังจากโอนเงินผ่านธนาคารเข้าบัญชีของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดีแล้ว กรุณาส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการเงิน (สลิปการโอนเงินที่ธนาคารออกให้) มายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดีที่โทรสารหมายเลข 02-201-2011 หลังจากส่งโทรสารแล้วขอให้โทรศัพท์สอบถามว่าเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารที่ทางศูนย์ฯ ได้รับแล้วหรือไม่ ที่เบอร์โทรศัพท์ หมายเลข 02-201-1608, 02-201-1512 และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ให้ทางศูนย์ฯ ตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>

ค่าลงทะเบียนและการสมัคร

ค่าลงทะเบียนจำนวน 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) รวมค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง เอกสารประกอบการอบรมและใบประกาศนียบัตร การสมัครโดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธ.ไทยพาณิชย์ สาขารามธิบดี ซื่อบัญชี

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดี (1)

เลขที่บัญชี 026-446722-2

ไม่รับลงทะเบียนทางธนบัตร

หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง

อยู่ระหว่างการพิจารณาจากสภาการพยาบาล

ผู้รับผิดชอบโครงการ

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ติดต่อขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร:(02) 201-1608, (02)201-1512

โทรสาร (02) 201-2011

ท่านสามารถเข้าไปดูรายละเอียดเพิ่มเติมและ Download เอกสารได้ที่

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



การอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

การเตรียมพยาบาลเพื่อ

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

ที่มีปัญหาระบบหัวใจ

หลอดเลือด

และทางเดินหายใจ

ภาคทฤษฎี วันที่ 6-11 มิถุนายน 2559

ณ โรงแรมดิเอมเมอร์ลิต กรุงเทพมหานคร

ภาคปฏิบัติ วันที่ 1 วันที่ 13-16 มิถุนายน

วันที่ 2 วันที่ 19-22 มิถุนายน 2559

ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามา

ใบสมัครเข้าร่วมวิชาการเรื่อง
การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน: แนวทางการรักษาและการดูแล

วันที่ 27 มิถุนายน - 1 กรกฎาคม 2559

ณ โรงแรมดิเอ็มเมอร่าด์ กรุงเทพฯ

- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสวิรัต
- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสวิรัต
- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสวิรัต

สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัด.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ

Email Address

- มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (3) เลขที่ 026-446724-8 จำนวนเงิน 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) (ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน และเอกสารการประชุม) รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด.....คน เป็นเงินจำนวน.....บาท หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมได้อีก
****ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด**

- ขอให้บอกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ประชุม อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

- กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งโทรสาร ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารไปที่ หมายเลขโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐาน ที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608 หรือลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>
- ท่านจะได้รับการตอบรับเข้าร่วมประชุม โดยทางอินเทอร์เน็ตตามลำดับการสมัครของผู้สมัครเข้าร่วม ซึ่งสามารถตรวจสอบลำดับที่ และรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
- รับสมัครเฉพาะผู้ที่โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมได้อีก
- ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน

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

ใบจองห้องพัก

การประชุมวิชาการเรื่อง

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน: แนวทางการรักษาและการดูแล

วันที่ 27 มิถุนายน - 1 กรกฎาคม 2559

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

- ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ
- มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ ดังนี้
 ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน (รวมอาหารเช้า)
 ห้องพักร่วมคู่ ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน (รวมอาหารเช้า)
โดย ขอพักรวมกับ.....
 ขอให้ทางโรงแรมจัดให้
โดยเข้าพักโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.
ออกจากโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.
- ส่งใบประสงค์จองห้องพัก ไปยัง

คุณสุสติ ทิพยกานนท์
ผู้อำนวยการฝ่ายขายจัดเลี้ยง
โรงแรมดิเอมเมอรัลด์
ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม.10400
โทรศัพท์ 0-2276-4567 ต่อ ฝ่ายจัดเลี้ยง
081-890-1324
โทรสาร 0-2276-4789
Website: www.emeraldhotel.com
E-mail : event@emeraldhotel.com

- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี ไม่รับจองห้องพัก และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมว่าได้รับใบจองห้องของท่านหรือไม่ ก่อนวันที่ 23 มิถุนายน 2559