

06/25/06/58

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับแจ้งที่ พ๐๕๒
วันที่ ๒๒ มิ.ย. ๒๕๕๘
เวลา ๙.๓๐



ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๗๗๐๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

ผู้รับแจ้ง (ชื่อกลุ่มงานและผู้ปฏิบัติงาน)
รับแจ้งที่ 1061
วันที่ 22 มิ.ย. 2558
เวลา 9.30

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมระยะสั้น "From CPG to pediatric daily practice"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานมัธยม/ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรมระยะสั้น
 2. กำหนดการจัดประชุม
 3. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดการอบรมระยะสั้น "From CPG to pediatric daily practice" ในระหว่างวันที่ ๙-๑๑ กันยายน ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๓ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์มีความรู้ และติดตามวิทยากรก้าวหน้าเกี่ยวกับกุมารเวชศาสตร์ ทางด้านการวินิจฉัยโรค การรักษาและการป้องกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์กับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อวางแผนทางและวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อไป โดยผู้เข้าร่วมอบรมเป็น กุมารแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ จำนวน ๑๐๐ คน

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่าน เข้าร่วมการอบรม โดยจัดเก็บค่าลงทะเบียน คนละ ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) สำหรับผู้เข้าร่วมประชุมจากส่วนราชการ สังกัดกระทรวง ทบวง กรม สามารถเข้าร่วมการประชุมโดยไม่ถือเป็นวันลา และให้เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆตามระเบียบของราชการ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี จึงขอความกรุณาผู้ประสงค์เข้าร่วมประชุม กรอกใบสมัครพร้อมจัดส่งใบสมัครมาที่ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันทิ หรือ คุณวไลพร บุญเตี้ย กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ โทร. ๐๔๑๕๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓, ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร. ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เปิดรับสมัคร วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๘ และปิดรับสมัครเมื่อผู้เข้าร่วมประชุมครบตามจำนวน การชำระค่าลงทะเบียนตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ดำเนินการ NRS.

(Signature)

(นางอภิญญา หงษ์ชาติ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(นางศิริภรณ์ สวัสดิ์วร)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๒๒ มิ.ย. ๒๕๕๘

(Signature)
ช.ท.สวัสดิ์วร

U

กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์
โทร. ๐๔๑๕๕ ต่อ ๓๕๓๑
โทรสาร. ๐๒ ๓๕๔ ๘๔๓๔

เริ่มชำระเงินวันที่ 8 พฤษภาคม 2558



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน "From CPG to Pediatric daily Practice"



Company Code: 9650

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 2,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี
ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

Company Code: 9650

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "From CPG
to Pediatric daily Practice" 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