

11/09/03/59



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่...
วันที่... ๘/มี.ค. ๒๕๕๙
เวลา... ๑๑ น.

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๕๖๐๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
รับเลขที่... 349
วันที่... ๓/๓/๕๙
เวลา... ๙:๓๐ น.

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาล/ศูนย์อนามัย
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”
๒. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับ
อนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” โดยมี
วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น สถาบันฯ
จึงได้จัดการอบรมขึ้น ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๙ เมษายน ๒๕๕๙ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะ
เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่สนใจเข้ารับการ
อบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๑๒๐ คน ผู้เข้ารับการอบรม
มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับ
อนุมัติจากผู้บังคับบัญชา กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนและส่งใบตอบรับมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันท์
หรือ นางสาวปานจิตต์ เพิ่มชาติ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็ก
แห่งชาติมหาราชินี โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร. ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ใน
วันและเวลาราชการ ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ รับจำนวนจำกัดหากเต็มจำนวนแล้ว
ของสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน...
ดำเนินการ JSS,
[Signature]

ขอแสดงความนับถือ
[Signature]
(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

(นางลักษณะ หังชาติ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ศัลยกรรม) ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม ปฏิบัติราชการแทน
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ๘ มี.ค. ๒๕๕๙

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

- ขอขอบคุณ
[Signature]
๙.๓.๕๙.

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

“ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” ครั้งที่ 39 วันที่ 25 - 29 เมษายน 2559

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1,2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป	09.00-10.15 น.	10.30-12.00 น.	13.00-14.30 น.	14.45-16.15 น.
จันทร์ 25 เม.ย. 2559	8.00-8.30 น. ลงทะเบียน 8.30-9.00 น. พิธีเปิด	พ.ญ.รัตโนทัย พลับรูการ	10.15 - 10.30 น. Pain Management พ.ญ.เตือนหญิง ห่อรัตนารืออง นางกานดา เลาหิศิลป์สมจิตร	14.45-16.15 น. Pre and Post Operati น.พ.ไมตรี อนันต์โก
อังคาร 26 เม.ย. 2559	8.00-09.30 น. ปัญหาที่พบ ทางศัลยกรรมตาต่าง พ.ญ.เพ็ญพักตร์ เกริกมธุกร	9.45-11.00 น. การบาดเจ็บในเด็ก (Pediatric Injury) พ.ญ.วารณิสา ภูเจริญ	11.00-12.00 น. การป้องกันความเสียหายในเด็ก นางชุตินา สุตะประเสริฐ	14.30 - 14.45 น. Acute Abdomen Childhood พ.ญ.สุรเนตร ลออ
พุธ 27 เม.ย. 2559	Burns น.พ.วีระ ปุริมภักเจริญ	N.C. of Burns นางนันทพร พรธีระภัทร	N.C. of Most Common Pediatric Surgery นางอัครสรรา สถาพรวงษา	N.C. of Most Common Pediatric Surgery พ.ญ.วารณิสา มหรรษาดล
พฤหัสบดี 28 เม.ย. 2559	Problems in Neonatal Surgery : GI System น.พ.ไมตรี อนันต์โกศล	Tumors / Neck Masses พ.ญ.อังฉริยา ทองสิน	N.C. of Tumors นางสาวศิรินพรา สุพันธ์	Common Pediatric Neurosurgical Problems พ.ญ.ริสา กิตติสังวรา
ศุกร์ 29 เม.ย. 2559	Common Problems in Pediatric Orthopedics น.พ.วีระศักดิ์ ธรรมคุณานนท์	09.30-09.45 น. การพยาบาลเด็กโรค กระดูกหักและข้อเคลื่อน น.ส.จุฬิพร ศรีแสงเจริญยิ่ง น.ส.ปัทมา ยิ่งยืน	12.00 - 13.00 น. การให้นมแม่ในเด็กที่มีปัญหาทาง ศัลยกรรม นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ	14.45-16.15 น. Pre and Post Operati น.พ.ไมตรี อนันต์โก
				พิธีปิด

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
เรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”

วันที่ ๒๕ - ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 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 มังสวิรัต เจ อื่นๆ ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)


การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร
โทรสาร. ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่
www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณปานจิตต์ เพิ่มชาติ
กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัคร
แล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก)

 Company Code: 9611
กรงิทย

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
กรงิทย

 Company Code: 9611
กรงิทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก)

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