สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 02033
วันที่ ๒๑ ก.พ. ๒๕๖๐
เวลา

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๓๕๗๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมการสร้างเสริมทักษะในเด็กพิเศษ เรื่อง"Handwriting in children with special needs"

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการสร้างเสริมพัฒนาการเด็ก (เด็กกลุ่มเสี่ยง เด็กพัฒนาการล่าช้าและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ) (รหัสโครงการ COE๒) ทางสถาบันฯ ได้ให้ความสำคัญถึงปัญหาที่ส่งผลกระทบในด้านการเรียนของเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยเฉพาะทางด้านการเขียน ซึ่งเด็กกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยใช้ความรู้ความเข้าใจถึงปัญหาการเขียน รวมถึงแนวทางในการบำบัดที่จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพ สถาบันฯ ได้เห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดกิจกรรมอบรม เรื่อง "Handwriting in children with special needs" ขึ้น ใน ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมจักรพันธุ์ฯ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเรียนเชิญ แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมอบรม เรื่อง"Handwriting in children with special needs" **โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน** ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ส่งใบตอบรับเข้ารับการอบรมมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันที หรือนางสาวเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓,๕๑๒๐ หรือ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้ สามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ และขอปิดรับสมัครหากจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๒๐ คน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)
รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
กลุ่มภารกิจวิชาการ
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

ตารางอบรมเสริมสร้างทักษะในเด็กพิเศษ
เรื่อง "Handwriting in children with special needs"
วันที่ ๒๕-๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
ณ ห้องประชุมจักรพันธุ์ฯ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพฤหัสบดีที่ ๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

เวลา	เนื้อหา	วิทยากร
๐๘.๐๐-๐๙.๐๐	ลงทะเบียน	
๐๙.๐๐-๑๐.๓๐	Introduction to Handwriting องค์ประกอบและปัจจัยที่มีผลต่อการเขียน (I)	ผศ. ศศิธร สังข์อู๋
๑๐.๓๐-๑๒.๐๐	Introduction to Handwriting องค์ประกอบและปัจจัยที่มีผลต่อการเขียน (II)	ผศ. ศศิธร สังข์อู๋
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐	รับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐-๑๔.๓๐	Handwriting Intervention (I)	ผศ. ศศิธร สังข์อู๋
๑๔.๓๐-๑๖.๐๐	Handwriting Intervention (II)	ผศ. ศศิธร สังข์อู๋

วันศุกร์ที่ ๒๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

เวลา	เนื้อหา	วิทยากร
๐๘.๐๐-๐๙.๐๐	ลงทะเบียน	
๐๙.๐๐-๑๐.๓๐	กรณีศึกษา: ปัญหาการเขียนและแนวทางการบำบัดการเขียน	ผศ. ศศิธร สังข์อู๋
๑๐.๓๐-๑๒.๐๐	ฝึกปฏิบัติการ: วิเคราะห์โจทย์ปัญหาการเขียน และแนวทางการบำบัดการเขียน	ผศ. ศศิธร สังข์อู๋
๑๒.๐๐-๑๓.๐๐	รับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐-๑๔.๓๐	กรณีศึกษา: การรายงานผลแผนการบำบัด	ผศ. ศศิธร สังข์อู๋
๑๔.๓๐-๑๖.๐๐	ฝึกปฏิบัติการ: การรายงานผลแผนการบำบัด	ผศ. ศศิธร สังข์อู๋

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
ช่วงเช้า เวลา ๑๐.๓๐ น.
ช่วงบ่าย เวลา ๑๔.๓๐ น.

ใบตอบรับการเข้าร่วม
อบรมการเสริมสร้างทักษะในเด็กพิเศษ
เรื่อง "Handwriting in children with special needs"
วันที่ ๒๕ – ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
ณ ห้องประชุมจักรพันธุ์ฯ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การลงทะเบียน โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เป็นภาษาไทย และใช้คำเต็ม (สามารถถ่ายเอกสารเพิ่มได้)

ชื่อหน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

ที่อยู่ (Address).....

ประสงค์ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม โดยมีรายชื่อต่อไปนี้ (แนบรายชื่อและรายละเอียดเพิ่มเติมได้)

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....งานที่รับผิดชอบ.....

เลขที่ใบอนุญาต.....โทรศัพท์.....e-mail address.....

ประเภทอาหาร ❍ อาหารทั่วไป ❍ อิสลาม ❍ ประเภทอื่น ระบุ.....

๒. ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....งานที่รับผิดชอบ.....

เลขที่ใบอนุญาต.....โทรศัพท์.....e-mail address.....

ประเภทอาหาร ❍ อาหารทั่วไป ❍ อิสลาม ❍ ประเภทอื่น ระบุ.....

การลงทะเบียน กรอกข้อมูลในใบตอบรับ ส่งกลับมาทางโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ หรือ
E-mail : Qsnich.training@gmail.com ภายในวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มภารกิจวิชาการ
ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. หลังส่งเอกสารตรวจสอบรายชื่อผ่านเว็บไซต์ www.Childrenhospital-training.com
ภายใน ๒ สัปดาห์