สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 11034
วันที่ ๑๑ ต.ค. ๒๕๖๐
เวลา

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐๒-๒๐๑-๒๐๑๑

งานสื่อสารสาธารณสุขและประชาสัมพันธ์
เลขรับ 031
วันที่
เวลา น.

ที่ TNSD ๖ / ๒๕๖๐
วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐
เรื่อง ขอเชิญเข้าประชุมและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลในสังกัดอื่นทุกแห่ง / ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล / คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ / และหัวหน้าหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ด้วยชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประเทศไทย จะจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง **การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Basic and Advance Course in Dementia Care)** สำหรับอาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ และบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย จึงขอเชิญบุคลากรพยาบาลและผู้สนใจในสังกัดของท่านสมัครเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ดังรายละเอียดของโครงการที่แนบมาพร้อมนี้ โดยเก็บค่าลงทะเบียน อัตราคนละ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน - รวมค่าเอกสาร ใบประกาศนียบัตร อาหารว่างและอาหารกลางวัน) และผู้เข้าประชุมสามารถเข้าประชุมได้ โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจากต้นสังกัด (ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว ๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ เรื่องระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๔๙) ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเข้ารับการประชุมวิชาการ และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์สุปาณี เสนาดิสัย)
ประธานชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ใบสมัครเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง
การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Basic and Advance Course in Dementia Care)

วันที่ 13-15 ธันวาคม 2560

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

1. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล .....
   เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร❍ ไทย ❍ อิสลาม ❍ มังสวิรัติ
2. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล .....
   เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร❍ ไทย ❍ อิสลาม ❍ มังสวิรัติ

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

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

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

Email Address .....

4. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี **ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (9) เลขที่ 026-462490-5**
   - ❍ *สำหรับพยาบาลวิชาชีพ* ค่าลงทะเบียนคนละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
   - ❍ *สำหรับสมาชิกชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย* ค่าลงทะเบียนคนละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) เลขที่สมาชิกชมรมฯ (โปรดระบุ) .....

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

* ผู้สนใจนำเสนอ Poster presentation วิจัย/นวัตกรรมเกี่ยวกับการพยาบาล/ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล (โปสเตอร์ต้องมีขนาด 80 ซม. x 100 ซ.ม. บทคัดย่อไม่เกิน 300 คำ โดยมีรายละเอียดดังนี้ :- ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัยและสถาบัน วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ)

* ผู้สนใจที่จะลงตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลให้ส่ง Full paper ไม่เกิน 10 หน้า ***ภายใน 30 พ.ย. 60*** ทาง dementiacare2560@gmail.com (คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับดังเอกสารแนบ)

หากจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าประชุมได้อีก

*****ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด***

5. ขอให้ออกใบเสร็จในนาม ❍ ชื่อผู้เข้าประชุม
   - ❍ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

1. 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/
2. ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ http://med.mahidol.ac.th/nursing/ ภายหลังการส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
3. รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าประชุมผ่านทางธนาคาร) *หากจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าประชุมได้อีก*
4. ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน

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

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ใบจองห้องพัก

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Basic and Advance Course in Dementia Care)

วันที่ 13-15 ธันวาคม 2560

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

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

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

4. **<u>ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี ไม่รับจองห้องพัก</u>** และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมว่าได้รับใบจองห้องของท่านหรือไม่ ***ก่อนวันที่ 6 ธันวาคม 2560***

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารพยาบาล

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญสมาชิกสมาคมพยาบาลและผู้สนใจส่งงานวิจัยและบทความทางวิชาการเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล วิชาชีพการพยาบาลและสุขภาพ เพื่อลงพิมพ์เผยแพร่ ในวารสารพยาบาล เรื่องที่ส่งต้องเป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ใดมาก่อน และจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบและหลักเกณฑ์ดังนี้

1. ต้นฉบับพิมพ์โดยโปรแกรม Microsoft word ใช้กระดาษ ขนาด A4 มีความยาวไม่เกิน 10หน้า

2. ระบุชื่อเรื่อง ชื่อ สกุล ผู้เขียนทุกคน และคำสำคัญ (Key word)ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เชิงอรรถในหน้าแรกระบุ คำนำหน้านาม วุฒิสูงสุด ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน งานวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ ให้ระบุชื่อปริญญาและสถาบันที่สำเร็จการศึกษา และทุนวิจัย(ถ้ามี)

3. งานวิจัยให้มีเนื้อหาของบทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ ไม่เกิน120คำ ในขั้นตอนของการวิจัยให้เขียนตามหัวข้อดังนี้ ความสำคัญของปัญหา คำถามการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย(ถ้ามี) วิธีดำเนินการวิจัย ระบุ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัยระบุที่มาลักษณะ ระบบการให้คะแนนและแปลผล (สำหรับงานวิจัยเชิงปริมาณ) การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยและผล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จริยธรรมในการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย การอภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิงที่สำคัญ

4. การอ้างอิงในเนื้อความระบุนามและปี และในรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ระบบของ APA ปี คศ. 2001 รายละเอียดศึกษา จาก http://www.thainurse.org หรือ http://www.apa.org /books หรือจากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association.

โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆและให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการและระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

5. ส่งต้นฉบับ เป็นเอกสาร จำนวน 3 ชุด พร้อม บันทึกเนื้อหาลงในแผ่น CD และกรอกแบบฟอร์มส่งต้นฉบับ ส่งไปยัง บรรณาธิการวารสารพยาบาล สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ เลขที่ 21/12 ถนนรางน้ำ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

เมื่อฝ่ายวารสาร รับเรื่องแล้ว กองบรรณาธิการจะจัดให้มีผู้ทรงคุณวุฒิอ่านต้นฉบับ 2 ท่านต่อเรื่อง เพื่อประเมินคุณภาพและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง จากนั้นจะแจ้งผลการประเมินให้ผู้เขียนทราบและปรับปรุง เมื่อท่านได้ปรับปรุงเสร็จสิ้นแล้วและส่งคืนกลับไปยังสมาคมพยาบาลฯ บรรณาธิการจะแจ้งท่านถึงการรับเรื่องพร้อมลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลในฉบับที่กำหนดและออกหนังสือรับรองการลงตีพิมพ์ให้ท่านต่อไป

ใบสมัครสมาชิกสามัญ
ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

ประวัติส่วนตัว / ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่สมาชิกตลอดชีพ (ต).....

เลขที่สมาชิกราย 5 ปี (ช) .....

ชื่อภาษาไทย นาย / นาง / นางสาว ..... นามสกุล .....

ตำแหน่ง (โปรดระบุ).....

ชื่อภาษาอังกฤษ MR. / MS / Mrs. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

วัน / เดือน / ปี เกิด ...../...../..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน 13 หลัก | | | | | | | | | | | | | |

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....Fax.....

เบอร์มือถือ.....E-mail address .....

ประวัติการศึกษา/ การทำงาน

สถาบันที่จบการศึกษาพยาบาล.....

ประกาศนียบัตรหรือปริญญา.....สำเร็จการศึกษา พ.ศ. .....

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สำเร็จการศึกษา พ.ศ. .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานประจำหน่วย ○ ระบุ.....

ที่อยู่สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

.....โทร. ..... E-mail address.....

สถานที่ที่ท่านต้องการให้ส่งเอกสาร ○ ที่อยู่ปัจจุบัน ○ ที่ทำงาน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครสมาชิก ○ ตลอดชีพ 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

○ ราย 5 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

หลักฐานการสมัคร

○ รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป ○ สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ

○ เงินสด

○ โอนเงินผ่านธนาคาร

ชื่อบัญชี **"นางสุปาณี เสนาดิสัย และ/หรือ นางอุไร บูรณพิเชษฐ และ/หรือ พันเอกหญิงสาลี่ เกลี้ยงเกลา"**

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-449707-3

ส่งใบสมัครและสำเนาการโอนเงินมาที่

อาจารย์สมทรง จุไรทัศนีย์ ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (สาขาการพยาบาลสุขภาพชุมชน)

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-735-3703 หรือ โทร. 02-201-2858

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ..... ผู้รับสมัคร

วันที่ .....

ใบเสร็จเล่มที่..... เลขที่ .....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....