



ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๔๗๕๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้ารับการอบรมระยะสั้น เรื่อง การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรมีองค์ความรู้ด้านกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่จำเป็น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และทัศนคติของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จึงได้จัดการอบรมขึ้นระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ ทางสถาบันฯ ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและผู้ที่สนใจงานด้านฉุกเฉินเข้ารับการอบรม โดยเสียค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) รับจำนวน ๑๐๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังโดยไม่ถือเป็นวันลาตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com **ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้** รับจำนวนจำกัด หากเต็มจำนวนขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓
โทรสาร ๐๒ ๓๕๔๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

โครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 24-26 กรกฎาคม 2561
โดย: งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ณ ห้องประชุม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

<table>
<tr><th>วัน เดือน ปี</th><th>08.00น. - 09.00 น.</th><th colspan="2">09.00น.-12.00 น.</th><th>12.00น.-13.00 น.</th><th colspan="4">13.00น.-16.00 น.</th></tr>
<tr><td>24 ก.ค.2561</td><td>ลงทะเบียน (08.00น.-08.30น.)
พิธีเปิด (08.30น. – 09.00 น.)
นพ.สมเกียรติ ลลิตวงศา
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี</td><td>9.00น. - 10.30น.
Pediatric Emergency Problems
นพ.ธัญญณัฐ บุนนาค</td><td>10.30น.-12.00น.
MOPH ED Triage Guideline
นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา</td><td rowspan="3">พักรับประทานอาหารกลางวัน</td><td colspan="2">13.00น.-14.30 น.
Cardiovascular Emergency
นพ..ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน</td><td colspan="2">14.30-16.00 น.
Nursing Management with Respiratory Problems
อ.ศิรินทิพย์ ยูซูฟี</td></tr>
<tr><td>25 ก.ค.2561</td><td colspan="2">08.30น. - 10.30 น.
Neonatal Emergency Problems
พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน</td><td>10.30น.-12.00น.
Dengue Emergency Shock Management
ศ.คลินิก พญ.ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ
(WHO CC for cases Management of dengue/ /DHF/DSS)</td><td colspan="4">Workshop 13.00น.-16.00 น.
Airway Management อ.จิตติมา ไม้เจริญ | EKG อ.อารีรัตน์ ฉวีธรรมวัฒน์ อ. แพรวดาว | การเตรียมสารน้ำ อ.อรัญญา ไทยแท้ | NB resuscitation อ.ศุภศิริ อ้อยทอง อ.บุษกร กาญจนพัฒน์</td></tr>
<tr><td>26 ก.ค.2561</td><td colspan="2">08.30น. - 10.30น.
Neurological Emergency Management
นพ.ธนินทร์ เวชชาภินันท์</td><td>10.30-12.00น
PALS Provider 2015
อ.อรัญญา ไทยแท้</td><td colspan="3">13.00น.-14.30น
Nursing Management with Pediatric Surgery Problems
อ.ปานจิตต์ พรหมโชติ</td><td>14.30น-16.00
- ประเมินผลการอบรม
- ปิดการอบรม</td></tr>
</table>

กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนก่อนส่งใบตอบรับเข้าอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
"การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน"
วันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑
ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า ○ นาย ○ นาง ○ นางสาว

ชื่อ.....**นามสกุล**.....

ตำแหน่ง .....

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... **ที่อยู่เลขที่**.....

ตำบล / แขวง..... **อำเภอ / เขต**.....

จังหวัด..... **รหัสไปรษณีย์**.....

โทรศัพท์..... **ต่อ** ..... **โทรศัพท์มือถือ**.....

โทรสาร..... E-mail address .....

ประเภท ❍ โรงพยาบาลชุมชน ❍ โรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์ ❍ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม ❍ นามบุคคลลงทะเบียน ❍ อื่น ๆ ระบุ .....

.....

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

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)
หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน ตรวจสอบรายชื่อได้ที่ www.childrenhospital-training.com

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์ /โทรสาร / E-mail
โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ / E-mail : qsnich.training@gmail.com

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณปานจิตต์ เพิ่มชาติ
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐
โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2561 เป็นต้นไป

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน โครงการอบรมหลักสูตร การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

****

กรุงไทย Company Code: 9656

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2): .....

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3): .....

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย กรุงไทย ส่วนของธนาคาร

Company Code: 9656 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการอบรมหลักสูตร เรื่อง "การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2): .....

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3): .....

ประเภทการรรชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
☐ เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
☐ เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน...../ โทรศัพท์ .....