15/25



13238
๒๔ ธ.ค. ๒๕๖๑

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๑๔๗๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง “Pediatric Dentistry for the Next Century”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/สำนักอนามัย/สถาบันทันตกรรม/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์อนามัยทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง “Pediatric Dentistry for the Next Century” สำหรับทันตแพทย์เด็ก และทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มพฤติกรรมเด็กในอนาคตและแนวทางการบริหารจัดการ และการรักษาทางทันตกรรมเด็ก รวมถึงทันตกรรมจัดฟัน ทันตศัลยศาสตร์ และการจัดการภาวะฉุกเฉินในเด็ก ดังนั้นทางสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้จัดการอบรมดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์โปษยกฤต ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารีฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน ๑๔๐ คน

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ ทันตแพทย์ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒ และขอปิดรับสมัครหากจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๔๐ คน ดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนินทร์ เวชชาภินันท์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวั

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

กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนก่อนส่งใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ทันตกรรมเด็ก

เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century"

วันที่ ๒๐ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมจักรพันธ์โปษยกฤต ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง ..... เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน ..... เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ต่อ..... โทรสาร.....

E-mail address .....

ประเภท ☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลทั่วไป – ศูนย์ ☐ โรงพยาบาลเอกชน

☐ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ❍ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม ❍ นามบุคคล ❍ อื่นๆ ระบุ .....

ประเภทอาหาร ❍ ทั่วไป ❍ อิสลาม ❍ มังสวิรัติ

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

เลือกรับเอกสารประกอบการบรรยายเพียง ๑ ข้อ

❍ **สแกน QR code** ❍ **รูปเล่มเอกสารประกอบการบรรยาย**

(ผู้เข้าอบรมนำอุปกรณ์ที่สามารถอ่าน Digital File มาด้วยในการเข้ารับการอบรม)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เฟื่องสูงเนิน

กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ มือถือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

<u>หมายเหตุ</u> ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

๓. <u>เริ่มสมัครพร้อมชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒</u>

กำหนดการประชุมวิชาการ หลักสูตรทันตกรรมเด็ก
(Pediatric Dentistry For The Next Century)

วันพุธที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๙.๐๐น.-๑๐.๓๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง ICDAS and Caries Management	รศ.ดร.ทพญ.ศิริรักษ์ นครชัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๐.๓๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง The Promising Future of Probiotics in Caries Prevention	ผศ.ทพญ.อรนิดา วัฒนรัตน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๒.๐๐น.-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐น.-๑๔.๓๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง The Past Present and Future of Pulp Dressing Material in Pediatric Dentistry	ผศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินไหว คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๔.๓๐น.-๑๖.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง พลิกมุมคิดชีวิต Take off : ศิลปะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อหมอฟัน 4.0	รศ.ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. /ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.

วันพฤหัสบดีที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๙.๐๐น.-๑๐.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Growth Modification: from Myths to Reality	ผศ.ทพญ.ดร.พินทุอร จันทรวราทิตย์ ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๐.๐๐น.-๑๑.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง “Startup” Journey-Beneath the Tip of Iceberg	นส.ธีรยา ธีรนาคนาท CFO, Career Visa Digital Co.,Ltd.
๑๑.๐๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Dentistry vs Startup; How a Dentist turn into Tech Entrepreneur	ทพญ.กัญจน์ภัสสร สุริยาแสงเพ็ชร์ CEO, Telemedico Co.,Ltd.
๑๒.๐๐น.-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐น.-๑๔.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Facing the Challenges of Invisible Orthodontics	อ.ทพญ.สุธาภา ศรีอรุโณทัย ภาคเอกชน
๑๔.๐๐น.-๑๕.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง QSNICH Interceptive Orthodontics: Bridging Theory and Practice	ทพ.กฤษฎี ปัณณะรัส สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๕.๐๐น.-๑๖.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Lower Second Molar Impaction: Focusing and Magnifying Re-Match	ทพ.นพปฎล จันทร์ผ่องแสง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. /ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.

วันศุกร์ที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๙.๐๐น.-๑๐.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง How to Manage Oral Swelling in Pediatrics	ทพ.วสันต์ ประเสริฐสม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๐.๐๐น.-๑๑.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Emergency Tx in Pediatrics	ทพญ.ยุวนุช นาควิเชียร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๑.๐๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Common oral Lesions in Pediatrics	อ.ทพ.ดร.อชิรวุธ สุพรรณเภสัช คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๒.๐๐น.-๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐น.-๑๔.๐๐น.	บรรยาย Update CPR for Dentists	นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๔.๐๐น.-๑๕.๓๐น.	Update CPR (ภาคปฏิบัติ)	นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา นส.อรัญญา ไทยแท้ นส.อัญวีณ์ สันตินิพพาน นส.ลฎาภา เข็มทอง นางศุภลักษณ์ สวัสดิ์ชัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. /ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม 2562

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century"

****

กรุงไทย Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

ชื่อสถานที่ทำงาน <u>โปรดระบุจังหวัด</u> (Reference 2): .....

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

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,500.- บาท / ท่าน

<u>การชำระเงิน</u>

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

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

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย กรุงไทย **ส่วนของธนาคาร**

กรุงไทย Company Code: 9612 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน "<u>หลักสูตรทันตกรรมเด็ก Pediatric Dentistry for the Next Century</u>" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

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

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