สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เลขรับ 2164
วันที่ ๒๗ ก.พ. ๒๕๖๒
เวลา

ที่ สธ ๐๓๑๘/๔๔๓๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรม เรื่อง การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะวิตกกังวล ภาคปฏิบัติ (Workshop CBT for youth with anxiety disorders)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรม เรื่อง การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสำหรับเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะวิตกกังวล ภาคปฏิบัติ (Workshop CBT for youth with anxiety disorders) ในระหว่างวันที่ ๓๐-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องเรียนชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ เทคนิค ทักษะ ให้ผู้เข้าร่วมอบรมนำไปปรับใช้ในการให้บริการ และพัฒนาเป็นศูนย์กลางการเผยแพร่ถ่ายทอดความรู้ด้านจิตบำบัดในเด็กและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือเด็กที่ภาวะปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมรวมทั้งเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการถูกกระทำทารุณกรรม

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญกุมารแพทย์/ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา/ นักสังคมสงเคราะห์/ พยาบาล/ ทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว ให้การปรึกษาการบำบัดผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง/ ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง/ ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย รวมทั้งผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านจิตสังคมอื่น ที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานของการบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Basic CBT) แล้ว และมีการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยการทำจิตบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) โดยการอบรมครั้งนี้เน้นการฝึกปฏิบัติจริงการอภิปรายกลุ่ม และการช่วยแก้ปัญหาในการทำจิตบำบัดจากวิทยากร ผู้เข้าอบรมสามารถนำเคสผู้ป่วยที่ดูแลอยู่มาเป็นตัวอย่างกรณีศึกษาในการปฏิบัติและอภิปราย ผู้เข้ารับการอบรม<u>เสียค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน)</u> รับสมัครจำนวน ๒๕ คน ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม จึงขอความกรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนและส่งใบตอบรับมายัง ผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันที หรือนางสาวเพ็ญศิริ สายสุด ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๒ รับจำนวนจำกัดหากเต็มจำนวนแล้ว ขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-raining.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนินทร์ เวชชาภินันท์)
รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายกิตติ กิตติเวช)
นายแพทย์สาธารณสุขชำนาญการ(เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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

กำหนดการอบรม

การบำบัดภาวะวิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่นโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมภาคปฏิบัติ

(Workshop CBT for anxiety disorders in children and adolescents)

วันที่ ๓๐-๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ณ ห้องเรียน ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

วันพฤหัสบดี ที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น. ลงทะเบียน และพิธีเปิด

๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. Identifying maintaining factors of anxiety symptoms & developing treatment planning

โดย : ผศ. นพ. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
: พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. Managing negative thoughts
- cognitive restructuring & behavior experiment
- self- instruction & other coping strategies

โดย : ผศ. นพ. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
: พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันศุกร์ ที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. Changing maladaptive behaviors
- exposure- based strategies: ERP/ Interoceptive / graduated & systematic desensitization
- skills training: problem solving/ social skill/ assertiveness

โดย : ผศ. นพ. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
: พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐ น. Working with the system & obstacles to progress / comorbidities
- modifying family environment
- relapse prevention

โดย : ผศ. นพ. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
: พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๑๕.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. Q & A / Discussion

** หมายเหตุ : อาหารว่างระหว่างการอบรม

ชำระเงินก่อนส่งใบตอบรับ

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
เรื่อง การบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมภาคปฏิบัติสำหรับเด็กและวัยรุ่น
(CBT for real-world practice with children and adolescents)
วันที่ ๓๐ – ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒
ณ ห้องเรียนชั้น 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 ❍ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม ❍ นามบุคคล ❍ อื่นๆ ระบุ .....

ประเภทอาหาร ❍ อาหารทั่วไป ❍ อิสลาม

เอกสารประกอบการอบรม เป็น Digital file (QR Code)
(ผู้เข้าอบรมนำอุปกรณ์ที่สามารถอ่าน Digital File มาด้วยในการเข้ารับการอบรม)

การชำระเงิน ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา
(ค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com หรือ (Fax : ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด
กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. สงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 4 มี.ค. 2562

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

อบรมเรื่อง การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมภาคปฏิบัติสำหรับเด็กและวัยรุ่น

(CBT for real-world practice with children and adolescents)

****

กรุงไทย Company Code: 9650

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 4,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ 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: 9650

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (อบรมเรื่อง การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ภาคปฏิบัติสำหรับเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

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

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