๑๙/



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 7101
วันที่ ๓๐ มิ.ย. ๒๕๖๓
เวลา

ที่ สธ ๐๓๒๑/[illegible]

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "Medical Device Management for Neonatal and Pediatric patients"

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป / ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "Medical Device Management for Neonatal and Pediatric patients" ในระหว่างวันที่ ๑๗ – ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และมีทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กด้าน Medical Devices Management of Neonate and Pediatric และสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยผู้เข้าร่วมอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงเด็กโตทั้งทางอายุรกรรมและทางศัลยกรรม พร้อมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีต่างๆ ให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รับจำนวน ๕๐ คน

ในการนี้ ทางสถาบันฯ ขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านที่สนใจเข้ารับการอบรม โดยจัดเก็บค่าลงทะเบียนจำนวน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามหนังสือที่ กค. ๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี รับจำนวนจำกัด หากเต็มจำนวนขอปิดรับสมัคร **การอบรมครั้งนี้ผู้เข้าอบรมต้องนำอุปกรณ์ที่สามารถอ่าน Digital file มาด้วย** ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เพื่อโปรด
☐ ทราบ
☑ พิจารณาสั่งการ
☐ **พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ**

๓๐ มิ.ย. ๒๕๖๓

ทราบ

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
๓๐ มิ.ย. ๒๕๖๓

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

(นายวรา เกียรติวัฒนะกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

กำหนดการประชุมการอบรม

Medical Device Management for Neonatal and Pediatric Patients

วันที่ 17 - 18 สิงหาคม 2563

ณ ห้องประชุม สยาม 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพฤหัสบดีที่ 17 สิงหาคม 2563	
7.30 -8.45 น.	ลงทะเบียน Pre-test
8.45 - 9.00 น.	พิธีเปิดการประชุม
9.00-10.00 น.	To know about vascular access พว.สุเนตรา แก้ววิเชียร
10.00-10.20 น.	พัก รับประทานอาหารว่าง
10.20-12.00 น.	To know about irritant & vesicant drugs ภญ. นวภรณ์ วิมลสาระวงค์
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
13.00-14.00 น.	Bundle of care for IV access devices in pediatrics
	พว.ศิริพร สังขมาลย์ และ พว.
14.00-15.00 น.	Bundle of care for IV access devices in neonate
	พว.รุ่งทิวา อัศวินานนท์ และ พว.วรรณี จันทร์มาศ
15.00-15.15 น.	พัก รับประทานอาหารว่าง
15.15-16.15 น.	Bundle of care for IV access devices ; Central line, CRRT, Broviac
วันศุกร์ที่ 18 สิงหาคม 2563	
8.30-12.00 น.	Workshop on Bundle of care for IV access devices*
	Station1 Peripheral
	พว.อรวรรณ ขาวโสภา และ พว.อรุณรัตน์ คำหม่อง
	Station2 Central line, CRRT
	พว.ศิริพร สังขมาลย์ และ พว.โชติมา สินเจิม
	Station3 Broviac
	พว.ผุสนีย์ วินยะพงศ์พันธ์ และ พว.ธนัญญา ดีปานวงศ์
	Station4 A-line
	พว. พว.ศรินทิพย์ ยูซูฟี
	Station5 UAC, UVC, PICC
	พว.วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ และ พว.ไพรินทร์ โพธิ์สาวัง
* รับประทานอาหารว่างในห้องประชุม	
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหาร
13.00-14.00 น.	Workshop on Bundle of care for IV access devices (ต่อ)
14.00-14.30 น.	Q&A Wrap-up
14.30 น.	รับประทานอาหารว่าง ปิดประชุม

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Medical Device Management for Neonatal and Pediatric patients

วันที่ ๑๗ – ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๓

ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กฯ

****

ชื่อ.....**นามสกุล**.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก.....**เลขที่ประกอบโรคศิลป์**.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... **อำเภอ / เขต**.....

จังหวัด..... **รหัสไปรษณีย์**.....

โทรศัพท์..... **โทรสาร**.....

E-mail address .....

ประเภทอาหาร ❍ **ทั่วไป** ❍ **อิสลาม** ❍ **แพ้อาหาร**.....

การลงทะเบียน **ค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทบาทถ้วน)**

- **ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมาชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา (ค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)**
- **เมื่อชำระเงินแล้วลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่** www.childrenhospital-training.com **หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทาง** E-mail: qsnich.training@gmail.com **หรือโทรสาร :๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘**
- **ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่** www.childrenhospital-training.com **(หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)**

ออกใบเสร็จในนาม ❍ **ชื่อผู้ลงทะเบียนชำระเงิน** ❍ **หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)**

.....

.....

*เอกสารประกอบการอบรมเป็น Digital file ใช้ Scan QR Code ผู้เข้าอบรมนำอุปกรณ์ที่สามารถอ่าน Digital File มาด้วยในการอบรมครั้งนี้

<u>หมายเหตุ</u> **๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด**

๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ผู้ประสานงาน **คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด**

กลุ่มงานวิชาการและการถ่ายทอด ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2563

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Medical Device Management for Neonatal and Pediatric patients

****

กรุงไทย Company Code: 9655

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 2,000.- 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: 9655 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง <u>"Medical Device Management for Neonatal And Pediatric patients"</u> 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 .....