15/16

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 7691
วันที่ ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๓
เวลา

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๔๗๕๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้ารับการอบรมเรื่อง "การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาลบรม-ราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการอบรมเรื่อง "การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านการใช้เครื่องมือแพทย์และสามารถใช้งานในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นทางสถาบันฯ จึงจัดการอบรมดังกล่าวในวันที่ ๑๙ – ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมสยาม ๑ – ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการใช้งานเครื่องมือแพทย์เข้ารับการอบรมดังกล่าว โดยเปิดรับจำนวน ๕๐ คน และมีค่าลงทะเบียนท่านละ ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) ซึ่งผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียน และค่าใช้จ่ายต่างๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้วในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมการอบรมได้ที่ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ปิดรับสมัครหากผู้สมัครเต็มตามจำนวนที่กำหนด การอบรมครั้งนี้ผู้เข้าอบรมต้องนำอุปกรณ์ที่สามารถอ่าน Digital file มาด้วย ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เพื่อโปรด ☐ ทราบ
☑ พิจารณาสั่งการ
☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

๑๖ ก.ค. ๒๕๖๓

(นายวรา เศลวัตนะกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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

ตารางการอบรมหัวข้อ"การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์"

วันที่ 19 - 21 สิงหาคม 2563

ณ ห้องประชุมสยาม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพุธที่ 19 สิงหาคม 2563	
08.00 – 08.45 น.	ลงทะเบียน
08.45 – 09.00 น.	พิธีเปิดการอบรม
09.00 – 10.30 น.	To know about Medical Equipments พว.สุเนตรา แก้ววิเชียร
10.30 – 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 – 12.00 น.	การบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ พว.สุเนตรา แก้ววิเชียร
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 15.00 น.	หลักการทำงานและการดูแลผู้ป่วยใช้ Ventilator & HHHFNC พว.ศิริพร สังขมาลย์
15.00 – 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 – 16.15 น.	หลักการทำงานของ Infusion Pump & Syringe Pump นาย พีรพล หน่อพงษ์
วันพฤหัสบดีที่ 20 สิงหาคม 2563	
08.30 – 16.00 น.	Workshop การใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ 1
	Station 1 Oxygen Delivery Devices พว. สุเนตรา แก้ววิเชียร พว. โชติมา สินเจิมศิริ พว. ยุพาวรรณ เมืองจวง Station 2 Ventilator พว. ศิริพร สังขมาลย์ พว. อรุณรัตน์ คำหม่อง พว.ศิรินทิพย์ ยูซูฟี Station 3 Oxygen High Flow Therapy น.ส.อมร จันทวาส นาย พีรพล หน่อพงษ์ Station 4 NIBP & Pulse Oximeter & Incubator - Incubator พว. วรรณี จันทร์มาศ พว. วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ - NIBP & Pulse Oximeter น.ส. รจนา อบอุ่น น.ส. ณัฐนันท์ วิลัยเลิศ
	(เวลา Workshop 1 ชั่วโมง 15 นาที/ Station)
	- พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 - 10.15 น. และ 14.15 - 14.30 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00 -13.00 น.

วันศุกร์ที่ 21 สิงหาคม 2563	
08.30 – 12.00 น.	Workshop การใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ 2
08.30 – 12.00 น.	Station 1 Infusion Pump & Syringe Pump นาย พีรพล หน่อพงษ์ น.ส.อมร จันทวาส Station 2 Bedside Monitor & Defibrillation & AED & $ETCo_2$ พว. นิศราวรรณ ชัยศร พว. ธัญลัก ศรีสำรวล พว. ศิรินทรา สุพัฒน์
	(เวลา Workshop 1 ชั่วโมง 30 นาที/ Station)
	-พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 – 10.30 น.
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.30 น.	การดูแลอุปกรณ์สำหรับ Home Health Care พว. วิวรรธณี ทางเจริญ
14.30 น.	พิธีปิดการอบรม

กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนก่อนส่งใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

หลักสูตร "การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์"

ระหว่างวันที่ ๑๙-๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ 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 ○ ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

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)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณชวัลญา ทองจำรูญ
งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น ๑๑
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ มือถือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
๓. CNEU อยู่ระหว่างดำเนินการ
๔. เริ่มสมัครพร้อมชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๓

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม 2563

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หลักสูตร " การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ "

****

กรุงไทย Company Code: 9617

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 2,500.- 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: 9617 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน "หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์" สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

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 .....