สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 1482
วันที่ 4 กพ 2564
เวลา

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๒๐๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๔ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด" ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิด สังเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในวันที่ ๙ - ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๔ ถ่ายทอดจากห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด / สูติกรรม เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์ โดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ทั้งนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอ CNEU ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ และขอปิดรับสมัครหากจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๕๐ คน ดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.childrenhospital-training.com ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนัยนา ณีศะนันท์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นางประภา วัฒนชีพ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทรศัพท์ 1415 ต่อ ๕๑๑๓ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com/ Email address: qsnich.training@gmail.com

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
"การพยาบาลทารกแรกเกิด" ในวันที่ 9 – 12 มีนาคม 2564
ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)
ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป	07.30 – 08.15 น.	08.30 – 9.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง 09.30 – 10.00 น.	10.00 - 12.00 น.		พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 – 13.00 น.	13.00 – 14.00 น.	14.00 – 15.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง 15.00 – 15.15 น.	15.15 – 16.15น.
อังคาร 9 มี.ค. 2564	ลงทะเบียน แนะนำระเบียบการอบรม online 08.15-08.30 น. พิธีเปิด ผู้อำนวยการสถาบันฯ	NEC นพ.สมมนตร์ จินดากุล		Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วิณา จีระแพทย์			Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา	IVH พญ.ลลิตวดี ทังสุภูติ		High Alert drug พว.อรวรรณ ขาวโสภา
พุธ 10 มี.ค. 2564	08.00 –0 9.30 น. ROP Symposium นพ.สมมนตร์ จินดากุล พว.สุนิสา เทพหัสดิน ณ อยุธยา			10.00 - 12.00 น. Intensive care monitoring พว.วรรณี จันทร์มาศ			13.00 – 14.00 น. Neonatal Screening ผศ.พิเศษนพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล	14.00 – 15.00 น. Early warning signs & Neonatal Sepsis นพ.ศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช		15.15 – 16.15น. Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พุทธชาด นาคเรือง
พฤหัสบดี 11 มี.ค.2564	08.00 – 09.30 น. Nursing care of BPD พว.สุกัญญา แสงตุ่น			10.00 – 11.00 น. RDS and surfactant therapy ผศ.พญ.มิรา โครานา	11.00 - 12.00 น. Developmental care in neonate พว.ขิ่ม สกุลนุ่ม		13.00 – 14.00 น. PDA นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	14.00 – 15.00 น. Hyperbilirubinemia นพ.สมมนตร์ จินดากุล		15.15 – 16.15น. การพยาบาลทารกที่มีภาวะ Hyperbilirubinemia พว.ศุภศิริ อ้อยทอง
ศุกร์ 12 มี.ค.2564	08.00 – 09.30 น. MAS and PPHN ผศ.พญ.มิรา โครานา			10.00 – 11.00 น. Nursing care of LBW พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค	11.00 - 12.00 น. Pain management in neonate พว.วรรณี จันทร์มาศ		13.00-14.30 น. 10 Steps BF in sick neonate พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ	14.30 – 14.45 น.	14.45-15.45 น. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในทารกแรกเกิด พว.สกาวรัตน์ เมืองแมน	15.45-16.00 น. **พิธีปิด**

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด"
วันที่ 9 - 12 มีนาคม 2564
ณ ห้องประชุมสยาม 1 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

E-mail address .....

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุปีที่อบรม.....

การชำระเงิน **ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท** ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2564
ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา
(ค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท) หลังจากชำระเงิน 7 วัน สามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่
www.childrenhospital-training.com

ออกใบเสร็จในนาม.....
ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน .....
.....

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้เข้าอบรม: 1. ติดตามข้อมูลข่าวสารทางอีเมล์
2. ผู้จัดอบรมจะจัดส่ง Link ทางอีเมล์ท่าน อย่างน้อย 1 วันก่อนการอบรม
3. ผู้เข้าอบรมต้องเตรียมอุปกรณ์และสัญญาณ Internet เพื่อรองรับการอบรม Teleconference ผ่านระบบ Webex Meeting

ทั้งนี้ ผู้เข้ารับการอบรมอาจมีค่าใช้จ่ายสัญญาณ Internet ที่เกิดขึ้นระหว่างการอบรมเพื่อให้รับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร

หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด
2. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เฟื่องสูงเนิน
กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
หมายเลขโทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-874-4674

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2564

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(การพยาบาลทารกแรกเกิด)

****

กรุงไทย Company Code: 9609

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 3,000.- 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: 9609 **วันที่**.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิด) **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 .....