สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 3559
วันที่ 28 มี.ค. 2565
เวลา

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๗๗๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลเด็ก” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กมีความรู้ความสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตเหมาะสมตามวัยและโรคของเด็ก ตั้งแต่วันที่ ๒๗ – ๓๐ มิถุนายน และ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ถ่ายทอด ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑ – ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็ก เข้ารับการอบรมแบบ online ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงิน ได้ที่ www.childrenhospital-training.com และลงทะเบียนออนไลน์ได้ตาม QR CODE เมื่อจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๕๐ คน ขอปิดรับสมัคร สอบถามข้อมูลได้ที่กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ อีเมล์ qsnich.training@gmail.com ในวันและเวลาราชการ ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม หลักสูตรนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอ CNEU

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ลงทะเบียน
เข้าร่วมอบรม

(นางสาวนัยนา ณีศะนันท์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

28 มี.ค. 2565

ทราบ

28 มี.ค. 2565

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๗/๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com / Email address: qsnich.training@gmail.com

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

"การพยาบาลเด็ก" ครั้งที่ 38 วันที่ 27 - 30 มิถุนายน และ 1 กรกฎาคม 2565

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 - 2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป		09.00 - 10.00 น.	พัก 10.00-10.30 น.	10.30 - 12.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 -13.00 น.	13.00 - 14.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง 14.30 -14.45 น.	14.45 - 16.15 น.
จันทร์ 27 มิ.ย. 2565	8.00 - 8.30 น. ลงทะเบียน 8.30 - 9.00 น. พิธีเปิด	Biopsychosocial Care for Hospitalized Child พว.ปริกาดา สร้างนอก		Nutrition Problem in Pediatric รศ.พิเศษ พญ.สุนทรี วัดนาเอก		GI Problem in Pediatric ผศ.พิเศษพญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร		Nursing Care for GI Problem in Pediatric พว.ธนัญญา ดีปานวงศ์
อังคาร 28 มิ.ย. 2565	08.00 - 8.15 น. ลงทะเบียน	08.15 - 09.15 น. Nursing Care for Chronic Illness in Pediatric ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย	พักรับประทานอาหารว่าง 9.15 - 9.30 น.	09.30 - 11.00 น. Dengue Hemorrhagic Fever พญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยา 11.00 - 12.00 น. Nursing Care for Dengue Hemorrhagic Fever พว.สุภาพร บัวบาน		Common Problem in Pediatric Neurology พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ		Nursing care in Pediatric Neurology พว.วรรษา แซ่อุ่ย
พุธ 29 มิ.ย. 2565	08.00 - 8.15 น. ลงทะเบียน	08.15 - 09.15 น. โรคมะเร็งและโรคเลือดในผู้ป่วยเด็ก ผศ.พิเศษพญ.สมใจ ภาญจนาพงศ์กุล		09.30 - 10.30 น. การพยาบาลโรคมะเร็งและโรคเลือดผู้ป่วยเด็ก พว.พรทิพย์ แพกระจ่าง 10.30 - 12.00 น. โรคไตในเด็ก นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล		โรคหัวใจในผู้ป่วยเด็ก นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา		Nursing Management in Pediatric Cardiology พว.ปิยะนารถ พรหมมาสกุล
พฤหัสบดี 30 มิ.ย. 2565	8.00 - 8.15 น. ลงทะเบียน	Common Skin Problems and Pitfall in Drug Allergy พญ.นุชนาฏ รุจิมธาภาส		Respiratory Disease in Pediatric พญ.กัณฑิมาศ สิทธิกูล Nursing Care for Oxygen Therapy in Pediatric พว.สุนุตรา แก้ววิเชียร		13.00 - 14.00 น. Palliative Care พว.วาณี แม่นยำ	พักรับประทานอาหาร 14.00-14.15	14.15 - 16.15 น. การเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อและ Management for COVID-19 พว.นภสร ไชยภักดี
ศุกร์ 1 ก.ค. 2565	8.00 - 8.30 น. ลงทะเบียน	08.30 - 12.00 น. Work shop 1. Update วัคซีนในเด็ก กลุ่มที่ 1 พว.รัชนีกร พยัคฆะโส, พว.ผกามาศ มังกรเจริญกรุง (08.30-09.00 น.) 2. PEG Care กลุ่มที่ 2 พว.ชื่นจิตร กิจแสงทอง, พว.รุ่งทิวา ทรัพย์พูน (09.00-09.30 น.) 3. Home Ventilator Care กลุ่มที่ 3 พว.วิวรรธณี ทางเจริญ, พว.พรรณทิภา สาระธรรม (09.30-10.00 น.) 4. DM Care กลุ่มที่ 4 พว.นิภาพร หลีสกุล, พว.ชไมพร โคสาสุ (10.30-11.00 น.) 5. Broviac Catheter Care กลุ่มที่ 5 พว.ธนัญญา ดีปานวงศ์, พว.จุฑาพร ชมจันทึก (11.00-11.30 น.) 6. Nursing Care of Oxygen High Flow Therapy กลุ่มที่ 6 พว.ศิริพร สังฆมาลย์, พว.นริศราวรรณ ชัยศร (11.30-12.00 น.) หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 -10.30 น (30 นาที/ 1 Station)				13.00 - 14.00 น. Nursing Care of covid-19 in pediatric พว.จงกล ปัญญาโว		14.00 - 14.30 น. Q & A ปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม (Online)

เรื่อง "การพยาบาลเด็ก"

วันที่ 27 – 30 มิถุนายน และ 1 กรกฎาคม 2565

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1–2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☞ อัตราค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง) ใช้ Company code : 9608

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ*(ระบุคำนำหน้า)* .....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม*(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)* .....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์*(ติดต่อได้สะดวก)* .....โทรสาร .....

E-mail address*(สำหรับรับข้อมูลการอบรม)* .....ID LINE.....

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณพรพิรุฬห์ ชาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)

ลงทะเบียน
เข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ ***(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)*** และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร 02 354 8088
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital-training.com
- ทางคณะผู้จัดการอบรม *ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน* กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม 2565

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลเด็ก (รูปแบบ ONLINE)

****

กรุงไทย Company Code: 9608

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,800.- 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: 9608

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (<u>การพยาบาลเด็ก</u>)

สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

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

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