สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 5404
วันที่ 19 พ.ค. 2565
เวลา

ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๕๕๔

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง "การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง "การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน" ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรมีองค์ความรู้ด้านกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่จำเป็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและผู้ที่สนใจงานด้านฉุกเฉิน จำนวน ๑๕๐ คน ในวันที่ ๒๐ – ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ถ่ายทอดจากห้องประชุม ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์ โดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับ เข้าร่วมอบรมได้ที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕ เมื่อจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๕๐ คน ขอปิดรับสมัคร ดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ทราบ ปอจ.

ขอแสดงความนับถือ

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(นางสาวนัยนา ณีศะนันท์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

แบบตอบรับเข้าอบรม

ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

เรียน นพ.สสจ.
- ขอเชิญเข้าร่วมประชุม
- ประสานประชาสัมพันธ์ให้ทราบ
ทั่วกัน

19 พ.ค. 2565

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔
www.childrenhospital-training.com/ Email address: qsnich.training@gmail.com

19 พ.ค. 2565

โครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 20-22 กรกฎาคม 2565
โดย: งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ณ ห้องประชุม ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

วัน เดือน ปี	08.00น. - 09.00 น.	09.00น.-12.00 น.		12.00น-13.00น.	13.00น.-16.00 น.	
20 ก.ค.2565	**ลงทะเบียน** (08.00น.-08.30น.) **พิธีเปิด** (08.30น. - 09.00น.) โดย ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	09.00 น. - 10.30 น. **ภาวะฉุกเฉินทาง Orthopedic** อ.วีรศักดิ์ ธรรมคุณานนท์	10.30น.-12.00น. MOPH ED Triage Guideline นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา	พักรับประทานอาหารกลางวัน	13.00น. – 14.30น. **การคัดกรองผู้ป่วยและการรับส่งต่อผู้ป่วยในสถานการณ์โควิด-19** พว.วีณา เทศวงศ์ พว.สุพัตรา สาริกา	14.30น-16.00น Nursing Management with Respiratory Problems พว.ศิรินทิพย์ ยุซูฟี
21 ก.ค.2565	08.30น. - 10.30 น. Neonatal Emergency Problems พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน	10.30น.-12.00 น. Nursing Management with Pediatric Surgery Problems พว.ชุติมา สุดประเสริฐ			**การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะฉุกเฉินทางตา หู คอ จมูก** พว.สุนิสา เทพหัสดิน ณ อยุธยา	Guideline for care of children in The ED พว.ลฎาภา เข็มทอง พว ปกรณ์ ผดุงศิลป์
22 ก.ค.2565	8.30น-10.30น Dengue Emergency Shock Management ศ.คลินิก พญ.ศิริเพ็ญ ก้ลยาณรุจ (WHO CC for cases Management of dengue/ /DHF/DSS	10.30น.-12.00น. Neurological Emergency Management พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ			13.00 น-14.30 น. **ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชในเด็ก** อ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์	14.30 น-16.00น. PALS 2020 พว.อรัญญา ไทยแท้ **- ประเมินลการอบรม** **- ปิดการอบรม**

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง "การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน"

วันที่ ๒๐ - ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕

ณ ห้องประชุม ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน ➤ อัตราค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ โอนผ่านธนาคาร

ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

E-mail address ..... ID LINE: .....

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุปีที่อบรม.....

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้เข้าอบรม ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน .....

....

....

ผู้ประสานงาน คุณณรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เฟื่องสูงเนิน กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ **(ในเวลาราชการ)**

หมายเหตุ ● เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจงหรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายัง Email: qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

● ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน ๗ วันได้ที่ www.childrenhospital-training.com

● ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)

****

กรุงไทย Company Code: 9656

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 2,000.- 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: 9656

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน) 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 .....