

15110
29 ธ.ค. 2565
เวลา 9.30

ที่ สธ ๐๓๒๑/๖๙๔๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom ภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๑๔ – ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖ และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๑๓ – ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิด สังเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถ่ายทอดและจัดอบรม ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑ – ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดเข้ารับการอบรมรูปแบบ on-site จำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๕๐๐ บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) รูปแบบ online จำนวน ๒๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ทั้งนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอ CNEU ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๖ และขอปิดรับสมัครหากผู้เข้าอบรมครบตามจำนวนที่เปิดรับ สามารถดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.childrenhospital-training.com ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางพนิดา ศรีสันต์)
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เรียน ผอ.รพ.-สสจ.
สสจ.เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา
- 3 ม.ค. 2566

- 3 ม.ค. 2566

อนุญาต

(นายอภิรักษ์ พิศุทธิ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

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

**ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

**"การพยาบาลทารกแรกเกิด" ในวันที่ 13 – 17 มีนาคม 2566**

**ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

| ว/ด/ป | 08.00 - 08.10 น. | 08.20- 08.30 น. | 08.30 – 10.30 น. | พัก 10.30 -10.45 น. | 10.45 – 12.00 น. | พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 – 13.00 น. | 13.00 – 14.00 น. | 14.00 – 15.00 น. | พัก 15.00-15.15 น. | 15.15 – 16.15 น. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| จันทร์ 13 มี.ค.2566 | ลงทะเบียน | pretest | NCPR (ภาคบรรยาย) นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง | | Workshop CPR<br>กลุ่มที่ 1 พว.รัชฎา อนันต์วรปัญญา<br>กลุ่มที่ 2 พว.ศุภศิริ อ้อยทอง<br>พว.สุพัตรา ทาอ้อ<br>กลุ่มที่ 3 พว.บุษบา กาญจนพัฒน์<br>กลุ่มที่4 พว.อรวรรณ ขาวโสภา<br>กลุ่มที่ 5 พว.วรรณี จันทรมาศ<br>กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาด นาคเรือง | | NCPR (ภาคบรรยาย) นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง | Workshop CPR<br>กลุ่มที่ 1 พว.รัชฎา อนันต์วรปัญญา<br>กลุ่มที่ 2 พว.ศุภศิริ อ้อยทอง<br>พว.สุพัตรา ทาอ้อ<br>กลุ่มที่ 3 พว.บุษบา กาญจนพัฒน์<br>กลุ่มที่4 พว.อรวรรณ ขาวโสภา<br>กลุ่มที่ 5 พว.วรรณี จันทรมาศ<br>กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาด นาคเรือง | | Megacode and debriefing<br>15.45 – 16.15 น.<br>Posttest และเฉลย<br>พว.บุษบา กาญจนพัฒน์ |
| อังคาร 14 มี.ค. 2566 | 08.00 – 08.15 น.<br>ลงทะเบียน<br>08.15 – 08.30 น.<br>พิธีเปิด<br>ผู้อำนวยการ สถาบันฯ | | 08.30 – 9.30 น.<br>PDA<br>นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง | พัก 09.30 – 10.00 น. | 10.00 - 12.00 น.<br>MAS and PPHN<br>ผศ.พญ.มิรา โคราษา | | Update on Birth Asphyxia<br>พญ.จินตกานต์ เกษมศรี<br>ณ อยุธยา | พัก 14.00-14.15 น. | 14.15 – 16.00 น.<br>ROP Symposium<br>นพ.สมมนตร์ จินดากุล<br>พว.ปราณี นาเมืองรักษ์ | | |
| พุธ 15 มี.ค. 2566 | 8.00 - 9.00 น.<br>Pain management in neonate<br>น.ส.วรรณี จันทร์มาศ | | 09.00 – 10.00 น.<br>High Alert drug<br>พว.อรวรรณ ขาวโสภา | พัก10.00-10.30น | 10.30 - 12.00 น.<br>RDS and surfactant therapy<br>ผศ.พญ.มิรา โคราษา | | 13.00 – 14.30 น.<br>BPD<br>นพ.ศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช | พัก14.30-14.45น | 14.45 – 16.15 น.<br>Nursing care of BPD<br>พว.บุษบา กาญจนพัฒน์ | | |
| พฤหัสบดี 16 มี.ค. 2566 | 08.00 - 09.45 น.<br>Trends in neonatal nursing<br>ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์ | | | พัก 09.45–10.00 น. | 10.00 – 11.00 น.<br>Birth Injury<br>พญ.ลลิตวดี ทังสุภูติ | 11.00 - 12.00 น.<br>Nursing care of LBW<br>พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค | 13.00 – 14.00 น.<br>Hyperbilirubinemia<br>นพ.สมมนตร์ จินดากุล | 14.00 – 15.00 น.<br>การพยาบาลทารกที่มีภาวะ Hyperbilirubinemia<br>พว.ศุภศิริ อ้อยทอง | พัก 15.00-15.15 น. | 15.15 – 16.15 น.<br>Developmental care in neonate<br>พว.วิไลรักษ์ บุษบรรณ์ |
| ศุกร์ 17 มี.ค.2566 | 08.00 - 09.00 น.<br>10 Steps BF in neonate<br>น.ส.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ | | | พัก 09.00-09.15 น. | 09.15 – 11.00 น.<br>Intensive care monitoring<br>น.ส.วรรณี จันทมาศ | IVH<br>พญ.ลลิตวดี ทังสุภูติ | Early warning signs & Neonatal Sepsis<br>นพ.ศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช | Nursing care of Neonatal Sepsis<br>พว.พุทธชาด นาคเรือง | | 15.00 -15.15 น.<br>ปิดอบรม |

1 ธค. 65

# ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

**เรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด"**

**วันที่ 13 - 17 มีนาคม 2566**

**ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

**********

## ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ **Company code : 9617** อบรมทฤษฎี (online) ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

☐ **Company code : 9655** อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)

## ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

***(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9617 หรือ 9655 เลือก หลักสูตรการอบรมการพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)***

## 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 หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)*** และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร 02 354 8088
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital-training.com
- ทางคณะผู้จัดการอบรม *ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน* กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2565

# สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

## ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

## การพยาบาลทารกแรกเกิด (รูปแบบ ONLINE)

**********

กรุงไทย Company Code: 9617

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,000.- 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: 9617

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (<u>การพยาบาลทารกแรกเกิด online</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<br>Please write amount in words | | |

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

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2565

# สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

**ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

**การพยาบาลทารกแรกเกิด (รูปแบบ ONSITE)**

**********

กรุงไทย Company Code: 9655

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,500.- 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**.....

**คาลงทะเบียน โครงการ** (<u>การพยาบาลทารกแรกเกิด on-site</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<br>Please write amount in words | | |

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