

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เลขรับ 1454
วันที่ 19 เมษ. 2566
เวลา 10.32

ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๑๗๐

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๓ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม เรื่อง "Emergency Management in Pediatrics Case-based Approach"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยและผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบตอบรับเข้าอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง "Emergency Management in Pediatrics Case-based Approach" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์ได้มีการฟื้นฟูความรู้ทางด้านกุมารเวชศาสตร์ที่ทันสมัย รวมถึงมีความรู้และวิทยาการก้าวหน้าเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคการรักษาและการป้องกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ โดยจัดประชุมในรูปแบบ Hybrid Conference (Online และ Onsite) ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุรเกียรติ์ - ท่านผู้หญิง ดร.สุธาวัลย์ เสถียรไทย ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการอบรม โดยมีค่าลงทะเบียนแบบ Onsite (ชำระค่าลงทะเบียนระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) ราคา ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) ค่าลงทะเบียนแบบ Onsite (ชำระค่าลงทะเบียนระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖) ราคา ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ค่าลงทะเบียนแบบ Online (ชำระค่าลงทะเบียนระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖) ราคา ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) และมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้าอบรมได้ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับได้ที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ รายละเอียดการอบรม www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนัยนา ณีศะนันท์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

QR-CODE
เอกสารประชาสัมพันธ์

QR-CODE
ช่องทางการชำระเงิน

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

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

เพื่อโปรด ☐ ทราบ

☑ พิจารณาสั่งการ

☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

21 เม.ย. 2566

(นายโพศาล สุยะสา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนายายอาม ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง "Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach"

วันที่ ๑๖ - ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุรเกียรติ์ - ท่านผู้หญิง ดร.สุธาวัลย์ เสถียรไทย ชั้น ๒๗

อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน ➤ อัตราค่าลงทะเบียน (Onsite) ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)
อัตราค่าลงทะเบียน (Onsite) ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)
อัตราค่าลงทะเบียน (Online) ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือกชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส (onsite: ๙๖๔๙) (onsite: ๙๒๑๕๗) (online: ๙๖๑๔) เลือก หลักสูตรการอบรมเผยแพร่ความรู้และวิชาการด้านกุมารเวชศาสตร์ หลังจากนั้น ทำตามขั้นตอน เลขที่อ้างอิง ใส่เลขที่บัตรประชาชน . หมายเลขโทรศัพท์ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

☐ โอนผ่านธนาคาร นำใบชำระเงินค่าลงทะเบียนที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ไปชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขา

ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม

ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน.....ที่อยู่เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ .....โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

E-mail address .....

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุปีที่อบรม.....

ท่านที่มาประชุม ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรุณาเลือกกิจกรรมที่ท่านสนใจ ๑ กิจกรรม ดังต่อไปนี้

☐ Respiratory Workshop (๔๐ คน)

☐ Pediatric GI Imaging Smart Use

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้เข้าอบรม ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกชื่อหน่วยงานด้านล่าง)

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน .....

.....

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ 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

QR-CODE
ใบตอบรับเข้าประชุม

ตารางอบรมระยะสั้น "Emergency Management in Pediatrics Case-based Approach"
ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุรเกียรติ์ - ท่านผู้หญิง ดร.สุธาวัลย์ เสถียรไทย
ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี
วันที่16 – 18 สิงหาคม 2566 เวลา 08.00 – 16.00 น.
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี

วันพุธที่ 16 สิงหาคม 2566

เวลา	หัวข้อ
08.00 – 08.50 น.	Urgent Issues at Well Child Clinic โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงนัยนา ณีศะนันท์
08.50 – 09.40 น.	Pitfalls of Hasty GI Problem Solving โดย แพทย์หญิงนพรัตน์ ประชาสิทธิศักดิ์
09.40 – 10.30 น.	Pre-Luncheon Symposium
10.30 – 10.50 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม**
10.50 – 11.40 น.	Pneumothorax โดย ผศ.พิเศษ นายแพทย์ประวิทย์ เจตนชัย
11.40 – 12.30 น.	Luncheon Symposium
12.30 – 13.20 น.	Luncheon Symposium
13.20 – 14.10 น.	Pediatrics Oncologic Emergencies โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงอรุโณทัย มีแก้วกุญชร
14.10 – 14.20 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม**
14.20 – 15.10 น.	Hereditary Angioedema Attack Recognition & Management โดย นายแพทย์กันย์ พงษ์สามารถ
15.10 – 16.00 น.	Neonates with Abnormal Inborn Errors of Metabolism Screening โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์ คุปตานนท์

วันพฤหัสบดีที่ 17 สิงหาคม 2566

เวลา	หัวข้อ
08.00 – 08.50 น.	Asphyxia in Neonates โดย แพทย์หญิงลลิตวดี ทังสุภูติ
08.50 – 09.40 น.	Pediatrics Dermatologic Emergencies โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงนุชนาฏ รุจิเมธาภาส
09.40 – 10.30 น.	Pre-Luncheon Symposium
10.30 – 10.50 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม**
10.50 – 11.40 น.	Cardiogenic Shock in Pediatrics โดย แพทย์หญิงพรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ นายแพทย์กตัญญู บุณยวาณิชย์กุล
11.40 – 12.30 น.	Luncheon Symposium
12.30 – 13.20 น.	Luncheon Symposium
13.20 – 14.10 น.	Challenges in Fluid Management of Hypernatremia โดย นายแพทย์ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล

เวลา	หัวข้อ
14.10 – 14.20 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม**
14.20 – 15.10 น.	How to Deal with Aggressive Behavior ? โดย แพทย์หญิงวิมามณี บุญช่วย
15.10 – 16.00 น.	All About Self-Harm in Adolescents โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารตินนท์

วันศุกร์ที่ 18 สิงหาคม 2566

เวลา	หัวข้อ
08.00 – 08.50 น.	Cannabis-Related Emergencies in Children & Adolescents โดย รศ.พิเศษ แพทย์หญิงอดิศร์สุดา เฟื่องฟู แพทย์หญิงศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ
08.50 – 09.40 น.	Approach to Life-Threatening Infectious Diseases: Challenges and Opportunities โดย แพทย์หญิงประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยา ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงพักต์เพ็ญ สิริคุตต์ แพทย์หญิงธนัชชา โง้วจิรศักดิ์
09.40 – 10.30 น.	**Pre-Luncheon Symposium**
10.30 – 10.50 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม**
10.50 – 11.40 น.	Endocrinologic Emergencies: What You Need to Know ? โดย แพทย์หญิงพิริยา จันทราธรรมชาติ แพทย์หญิงวิภา วรัญญูวงศ์
11.40 – 12.30 น.	**Luncheon Symposium**
12.30 – 13.20 น.	**Luncheon Symposium**
13.20 – 14.10 น.	CPG for the Inpatient Treatment of Severe Acute Malnutrition โดย นายแพทย์สุรณัฐ แก้วณิมีย์
14.10 – 14.20 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม**
14.20 – 15.20 น.	On-site Respiratory Workshop (60 min) โดย ผศ.พิเศษ นายแพทย์ประวิทย์ เจตนชัย แพทย์หญิงกัญฑิมาศ สิทธิกูล พว.พรรณทิภา สาระธรรม • Respiratory Support in the Emergency Setting • Smart Handing of Common Problems & Pitfalls During Mechanical Ventilation Pediatric GI Imaging Smart Use (60 min) โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจนนุวัตร นายแพทย์สิวโรจน์ ขนอม แพทย์หญิงกนกพร ชุติวงศ์ธนะพัฒน์

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach (on-line))

****

กรุงไทย Company Code: 9614

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน 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: 9614 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach) 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 .....

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach (on-site))

****

กรุงไทย Company Code: 9649

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน 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: 9649 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach) 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 .....

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach (on-site))

****

กรุงไทย Company Code: 92157

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน 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: 92157 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach) 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 .....