สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 4020
วันที่ - 4 เม.ย. 2566
เวลา 7.32

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๕๙๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพยาบาลเด็ก” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมชั้น๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอายุรกรรม เข้ารับการอบรมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom โดยเสียค่าลงทะเบียน ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๑๕๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ และอีเมล์ qsnich.training@gmail.com ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล ไปยังอีเมล์ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย

ขอแสดงความนับถือ

สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

(นางสาวนัยนา ณีศะนันท์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘
Email address: qsnich.training@gmail.com

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เพื่อโปรด ☐ ทราบ
☑ พิจารณาสั่งการ
☐ พิจารณาอนุญาต/อนุมัติ

ทราบ

(นายอภิรักษ์ พิสุทธิ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
7 เม.ย. 2566

**ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

**"การพยาบาลเด็ก" ครั้งที่ 39 วันที่ 19 – 23 มิถุนายน 2566**

**ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

<table>
<tr><td>ว/ด/ป</td><td colspan="2"></td><td>09.00 – 10.00 น.</td><td rowspan="2">พัก 10.00-10.30 น.</td><td colspan="2">10.30 - 12.00 น.</td><td rowspan="2">พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 -13.00 น.</td><td>13.00-14.00 น.</td><td rowspan="2">พักรับประทานอาหารว่าง 14.30 -14.45 น.</td><td>14.45-16.15 น.</td></tr>
<tr><td>จันทร์<br>19 มิย.<br>2566</td><td colspan="2">8.00 – 8.30 น.<br>ลงทะเบียน<br>8.30 - 9.00 น.<br>พิธีเปิด</td><td>Biopsychosocial care for hospitalized child<br>พว.ปริภาดา สร้างนอก</td><td colspan="2">Nutrition problem in pediatric<br>รศ.พิเศษ พญ.สุนทรี รัตนชูเอก</td><td>การประเมินพัฒนาการในเด็ก<br>พว.วิไลรักษ์ บุษบรรณ์</td><td>การเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ<br>พว.นภสร ไชยภักดี</td></tr>
<tr><td rowspan="2">อังคาร<br>20 มิย.<br>2566</td><td>08.00–8.15 น.</td><td colspan="2">08.15 - 09.15 น.</td><td rowspan="2">พักรับประทานอาหารว่าง 9.15 - 9.30 น.</td><td>09.30 - 11.00 น.</td><td>11.00 - 12.00 น.</td><td rowspan="2">Common problem in Pediatric Neurology<br>พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ</td><td rowspan="2">Nursing care in Pediatric Neurology<br>พว.วรรษา แช่อุ่ย</td></tr>
<tr><td>ลงทะเบียน</td><td colspan="2">Nursing Care for Chronic Illness in pediatric<br>ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย</td><td>Dengue Hemorrhagic Fever<br>พญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยา</td><td>Nursing care for Dengue Hemorrhagic Fever<br>พว.สุภาพร บัวบาน</td></tr>
<tr><td rowspan="2">พุธ<br>21 มิย.<br>2566</td><td>08.00–8.15 น.</td><td colspan="2">08.15 – 09.15</td><td>09.30 - 10.30 น.</td><td>10.30 - 12.00 น.</td><td>โรคหัวใจในผู้ป่วยเด็ก<br>นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา</td><td rowspan="2">Nursing Management in pediatric cardiology<br>พว.ปิยะนารถ พรหมมาสกุล</td></tr>
<tr><td>ลงทะเบียน</td><td colspan="2">โรคมะเร็งและโรคเลือดในผู้ป่วยเด็ก<br>ผศ.พิเศษพญ.สมใจ กาญจนาพงศ์กุล</td><td>การพยาบาลโรคมะเร็งและโรคเลือดผู้ป่วยเด็ก<br>พว.พรทิพย์ แพกระจ่าง</td><td>โรคไตในเด็ก<br>นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล</td></tr>
<tr><td rowspan="2">พฤหัสบดี<br>22 มิย.<br>2566</td><td>8.00–8.15 น.</td><td colspan="2" rowspan="2">Common skin problems and pitfall in drug allergy<br>พญ.นุชนาฏ รุจิเมธาภาส</td><td>Respiratory disease in Pediatric<br>พญ.กัณฑิมาศ สิทธิกูล</td><td>Nursing care for Oxygen Therapy in Pediatric<br>พว.ศิริพร สังขมาลย์</td><td>13.00-14.00 น.</td><td>พัก 14.00–14.15 น.</td><td>14.15 - 16.15 น.</td></tr>
<tr><td>ลงทะเบียน</td><td colspan="2">GI problem in pediatric<br>ผศ.พิเศษพญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร</td><td colspan="2">Nursing care for GI problem in pediatric<br>พว.ธนัญญา ดีปานวงศ์</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ศุกร์<br>23 มิย.<br>2566</td><td>8.00–8.30 น.</td><td colspan="5">08.30– 12.00 น.</td><td>13.00 - 14.00 น.</td><td colspan="2">14.00 - 14.30 น.</td></tr>
<tr><td>ลงทะเบียน</td><td colspan="5">Work shop<br>1. Update วัคซีนในเด็ก กลุ่มที่ 1 พว.รัชนีกร พยัคฆะโส, พว.ผกามาศ มังกรเจริญกรุง (08.30-09.00 น.)<br>2. PEG care กลุ่มที่ 2 พว.ชื่นจิตร กิจแสงทอง, พว.รุ่งทิวา ทรัพย์พูน (09.00-09.30 น.)<br>3. Home Ventilator care กลุ่มที่ 3 พว.วิวรรธณี ทางเจริญ, พว.พรรณทิภา สาระธรรม (09.30-10.00 น.)<br>4. DM Care กลุ่มที่ 4 พว.ทยัยรัตน์ คุณากรอดุล พว.ชไมพร โคสาสุ (10.30-11.00 น.)<br>5. Broviac catheter Care กลุ่มที่ 5 พว.ธนัญญา ดีปานวงศ์, พว.จุฑาพร ชมจันทึก (11.00-11.30 น.)<br>6 Nursing Care of oxygen high flow therapy กลุ่มที่6 พว.ศิริพร สังขมาลย์, พว.นริศราวรรณ ชัยศร (11.30-12.00 น.)<br>หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 -10.30 น. ( 30 นาที/ 1 Station)</td><td>Palliative Care<br>พว.วาณี แม่นยำ</td><td colspan="2">Q & A<br>ปิดการอบรม</td></tr>
</table>

# ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม (Online)

**อบรมเรื่อง "การพยาบาลเด็ก"**

**วันที่ ๑๙ - ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๖**

**ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

**********

## ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☞ อัตราค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

## ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง1ช่องทาง) ใช้ Company Code : 9608

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ โอนผ่านธนาคาร ☐ QR-Cdoe พร้อมเพย์

## ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม (สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล).....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิก.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....โทรสาร .....

E-mail address .....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

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)

ส่งหลักฐานและลงทะเบียน
ตอบรับเข้าอบรม

**หมายเหตุ**

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

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2566

# สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

**ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

**อบรมเรื่อง "การพยาบาลเด็ก" (รูปแบบ Online)**

**********

กรุงไทย Company Code: 9608

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 3,800.- 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: 9608

**วันที่**.....

**สาขา**.....

**ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง "การพยาบาลเด็ก"**
**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 .....