สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 3029
วันที่ 17 มิ.ค. 2568
เวลา 15.30

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๘๖๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพยาบาลเด็ก” ครั้งที่ ๔๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก การป้องกันและฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ระหว่างวันที่ ๑๖ – ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รูปแบบ on-site จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) และรูปแบบ online จำนวน ๑๒๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล์ qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจนนุวัตร)
รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๒
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ดาวน์โหลดเอกสาร

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔
Email address: qsnich.training@gmail.com

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

"การพยาบาลเด็ก" ครั้งที่ 41 วันที่ 16-20 มิถุนายน 2568

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา มหาราชินี 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 16 มิ.ย. 2568 | 8.00 – 8.30 น. ลงทะเบียน 8.30 - 9.00 น. พิธีเปิด | GI problem in pediatric ผศ.พิเศษพญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร | | Nutrition problem in pediatric ผศ.พิเศษ พญ.อรวรรณ เอี่ยมโอภาส | | Common problem in Pediatric Neurology พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ | | Nursing care in Pediatric Neurology พว.ปิยะนารถ พรหมมาสกุล |
| อังคาร 17 มิ.ย. 2568 | 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<br>11.00 - 12.00 น. Nursing care for Dengue Hemorrhagic Fever พว.สุภาพร บัวบาน | | การประเมินพัฒนาการในเด็ก พว. ฐานวีร์ ธนชัยบุบผารมย์ | | การเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ พว.นภสร ไชยภักดี |
| พุธ 18 มิย. 2568 | 08.00–8.15 น. ลงทะเบียน | 08.15 – 09.15 โรคมะเร็งและโรคเลือดในผู้ป่วยเด็ก ผศ.พิเศษพญ.สมใจ กาญจนาพงศ์กุล | | 09.30 - 10.30 น. การพยาบาลโรคมะเร็งและโรคเลือดผู้ป่วยเด็ก พว.พรทิพย์ แพกระจ่าง<br>10.30 - 12.00 น. โรคไตในเด็ก นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล | | โรคหัวใจในผู้ป่วยเด็ก นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา | | Nursing Management in pediatric cardiology พว.ปิยะนารถ พรหมมาสกุล |
| พฤหัสบดี 19 มิย. 2568 | 8.00–8.15 น. ลงทะเบียน | Common skin problems and pitfall in drug allergy พญ.นุชนาฏ รุจิเมธาภาส | | Respiratory disease in Pediatric พญ.กัณฑิมาศ สิทธิกูล<br>Nursing care for Oxygen Therapy in Pediatric พว.ศิริพร สังขมาลย์ | | 13.00-14.00 น. Palliative Care พว.วาณี แม่นยำ | พัก 14.00–14.15 | 14.15 - 16.15 น. Nursing care for GI problem in pediatric พว.ชื่นจิตร กิจแสงทอง |
| ศุกร์ 20 มิย. 2568 | 8.00–8.30 น. ลงทะเบียน | 08.30– 12.00 น. | | | | 13.00 - 14.00 น. Biopsychosocial care for hospitalized child พว.ปริภาดา สร้างนอก | | 14.00 - 14.30 น. Q & A **ปิดการอบรม** |

**สาธิตการปฏิบัติการพยาบาล**

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.วรรณดี บุญสม (09.30-10.00 น.)
4. DM Care กลุ่มที่ 4 พว.ชไมพร โคสาสุ พว.ปิ่นนภา ชูเกิด (10.30-11.00 น.)
5. Home TPN & Broviac catheter Care กลุ่มที่ 5 พว.จุฑาพร ชมจันทึก พว.สมฤทัย แม้นด้วง (11.00-11.30 น.)
6. Nursing Care of oxygen high flow therapy กลุ่มที่6 พว.ศิริพร สังขมาลย์, พว.ศิรินทิพย์ ยูซุฟ (11.30-12.00 น.)

หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 -10.30 น. ( 30 นาที/ 1 Station)

จัดระบบ onsite และระบบ online

# ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
## เรื่อง "การพยาบาลเด็ก ครั้งที่ 41"
## วันที่ 16 – 20 มิถุนายน 2568
## ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

**ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน**

☐ **Company code : 9655** การพยาบาลเด็กรูปแบบ **on-site** ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

☐ **Company code : 9994** การพยาบาลเด็กรูปแบบ **online** ค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

## ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

***(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9655 หรือ 9994 เลือก การพยาบาลเด็ก ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)***

**ข้อมูลผู้สมัคร**

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

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

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน*(ชื่อโรงพยาบาล)*.....

โทรศัพท์*(ติดต่อได้สะดวก)* .....E-mail address*(สำหรับรับข้อมูลการอบรม)*.....

**อาหาร** ○ ทั่วไป ○ อิสลาม ○ อบรม online

**ออกใบเสร็จในนาม** ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

**ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน**

.....

.....

.....

**ผู้ประสานงาน**

คุณพรพิรุฬห์ ชาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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

ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

**หมายเหตุ**

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ ***(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)*** และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ *QR-code ดาวน์โหลดเอกสาร*
- ทางคณะผู้จัดการอบรม *ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้*

**ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 7 มี.ค. 68 – 13 มิ.ย. 68**

# สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

## ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

## การพยาบาลเด็ก (รูปแบบ ON-SITE)

**********

กรุงไทย Company Code: 9655

**ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม** .....

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

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

**ค่าลงทะเบียน**

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,000.- 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: 9655

**วันที่**.....

**ค่าลงทะเบียน โครงการ** (การพยาบาลเด็ก รูปแบบ ON-SITE) **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 7 มี.ค. 68 – 13 มิ.ย. 68**

# สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

## ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลเด็ก (รูปแบบ ONLINE)

**********

กรุงไทย Company Code: 9994

**ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม** .....

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

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

**ค่าลงทะเบียน**

☐ ค่าลงทะเบียน 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: 9994

**วันที่**.....

**ค่าลงทะเบียน โครงการ** (การพยาบาลเด็ก รูปแบบ ONLINE) **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 .....