สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 01757
วันที่ 23 ก.พ. 2569
เวลา 8.58

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๗๒๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ
๔. แบบฟอร์มการชำระเงิน จำนวน ๒ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรมหลักสูตร เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom และจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง และศักยภาพการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย วันที่ ๑๘ - ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญพยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์ที่สนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น **โดยอบรมรูปแบบ on-site จำนวน ๘๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท** (สามพันบาทถ้วน) **และอบรมรูปแบบ online จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๒๐๐ บาท** (สองพันสองร้อยบาทถ้วน) เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ – ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th หรือ QR-Code ด้านล่าง และสอบถามเพิ่มเติมด้านลงทะเบียน โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ สอบถามด้านวิชาการที่ฝ่ายการพยาบาล โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๘๐๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒนะ)
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ลงทะเบียน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก

QR-code ลงทะเบียน

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
"การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก" ครั้งที่ 4 วันที่ 18 - 20 พฤษภาคม 2569
ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

<table>
<tr><td>ว/ด/ป</td><td></td><td colspan="2">08.30 – 10.00 น.</td><td rowspan="2">พัก 10.00 -10.30 น.</td><td>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">พัก 14.00-14.30 น.</td><td>14.30 - 16.00 น.</td></tr>
<tr><td>จันทร์
18 พ.ค.
2569</td><td>8.00 – 8.15 น.
ลงทะเบียน

พิธีเปิด
8.15 - 8.30 น.</td><td colspan="2">บรรยายเรื่อง Trend of Nursing Care in chronic disease Pediatric
ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย</td><td>บรรยายเรื่อง Management in Pediatric Cancer Patients
ผศ.พิเศษ
พญ.สมใจ กาญจนาพงศ์กุล</td><td>Management of Chronic Abdominal Pain in Children: From Functional Pain to IBD
พญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร</td><td>Nursing Care of IBD (Inflammatory Bowel Disease)
พว.ชื่นจิตร กิจแสงทอง</td></tr>
<tr><td rowspan="2">อังคาร
19 พ.ค.
2569</td><td>08.00 – 8.15น.</td><td>8.15 - 9.15 น.</td><td rowspan="2">9.15-9.30 น</td><td colspan="2">9.30 - 11.00 น.</td><td>11.00 - 12.00 น.</td><td>13.00 - 14.00 น.</td><td>14.30 - 16.00 น.</td></tr>
<tr><td>ลงทะเบียน</td><td>บรรยายเรื่อง Management of seizure In Pediatric
พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ</td><td colspan="2">บรรยายเรื่อง Nursing care of Pediatric Seizure
พว.ปิยะนารถ พรหมมาสกุล</td><td>บรรยายเรื่อง Nursing Care in Pediatric Cancer Patients
พว.น้องนุช</td><td>บรรยายเรื่อง DM type I
พญ.ช่อแก้ว คงการค้า</td><td>อภิปรายเรื่อง Nursing Care of Pediatric DM Type I in OPD/ IPD
พว.ศิรินทร์ยา สมเสน
พว.ปิ่นนภา ชูเกิด</td></tr>
<tr><td rowspan="2">พุธ
20 พ.ค.
2569</td><td>08.00 – 8.30 น.</td><td colspan="2">8.30 - 9.30 น.</td><td>9.30 - 10.30 น.</td><td>11.00 – 12.00 น.</td><td colspan="2">13.00 - 14.30 น.</td><td rowspan="2">Q & A

ปิดการอบรม</td></tr>
<tr><td>ลงทะเบียน</td><td colspan="2">บรรยายเรื่อง Chronic respiratory disease in Pediatric
ผศ.พิเศษ นพ.ประวิทย์ เจตนชัย</td><td>บรรยายเรื่อง Nursing care of chronic respiratory disease in Pediatric
พว.พรรณทิภา สาระรรม</td><td>พัก 10.30-11.00 น.</td><td>บรรยายเรื่อง Quality of life in chronic disease Pediatric
พว.นารี หินนาง</td><td colspan="2">บรรยายเรื่อง Genetic disease Pediatric Patients
พญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์</td></tr>
</table>

ทั้งระบบ onsite และระบบ online

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขั้นตอนที่ 1 ชำระเงินเพื่อลงทะเบียนอบรม ได้ 3 ช่องทาง

1. ชำระค่าลงทะเบียนทาง แอปพลิเคชั่น Krungthai Next
2. ชำระทางตู้ ATM ของธนาคารกรุงไทยเท่านั้น
3. นำใบ "แจ้งชำระค่าลงทะเบียน" ไปชำระเงินที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขาทั่วประเทศ (มีค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท)

*** ข้อ 1 และ 2 ท่านสามารถดูวิธีการชำระเงินได้ทาง QR-Code ดาวน์โหลดเอกสารตรงหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก

ขั้นตอนที่ 2 ลงทะเบียนเพื่อยืนยันการสมัครเข้าอบรม

- เมื่อผู้เข้าอบรมชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อย ให้ท่านลงทะเบียนตอบกลับ โดยสแกน QR-Code ลงทะเบียนตอบรับการอบรมที่อยู่ในเอกสารแนบหน้า "ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม" โดยใส่ข้อมูลส่วนตัวของท่านตามขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบรายชื่อผู้สมัครเข้าอบรม

- ผู้เข้าอบรมที่ดำเนินการตอบกลับการอบรมเรียบร้อยแล้ว สามารถเข้าตรวจสอบรายชื่อของท่านได้หลังจาก ลงทะเบียนตอบกลับแล้ว 7 วัน ทาง QR-Code ดาวน์โหลดเอกสารที่อยู่หน้าหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก หัวข้อ "ตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าอบรม"

ขั้นตอนที่ 4 ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม

- หากท่านต้องการติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถติดต่อที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113,5120 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088 874 4674 (ในวันและเวลาราชการ) ***โดยแจ้งชื่อหลักสูตร ที่ต้องการทราบรายละเอียดกับเจ้าหน้าที่ได้เลยคะ หรือส่งคำถามมาที่ E-mail : qsnich.training@gmail.com (อย่าลืมใส่ ชื่อ-สกุล หน่วยงาน ชื่อหลักสูตร วันเวลาที่จัดอบรม ที่ท่านสนใจมาด้วย เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ)

ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

www.childrenhospital.go.th

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก"

วันที่ 18 - 20 พฤษภาคม 2569

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ Company code: 9856 on-site ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

☐ Company code: 92156 online ค่าลงทะเบียน 2,200 บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9856 หรือ 92156 เลือก การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก 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)

QR-code ลงทะเบียน

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ *(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)* และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ *QR-code ลงทะเบียน*
- ทางคณะผู้จัดการอบรม *ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้*
- สถานที่จัด*ไม่มี*ที่จอดรถให้กับผู้เข้าอบรม ***(ค่าบริการที่จอดรถ 50 บาท/ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมต้องชำระด้วยตัวเอง)***

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 2 ก.พ. 69 – 5 พ.ค. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก (รูปแบบ ON-SITE)

****

กรุงไทย Company Code: 9856

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: 9856

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก 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 Please write amount in words		

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

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 2 ก.พ. 69 – 5 พ.ค. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก (รูปแบบ ONLINE)

****

กรุงไทย Company Code: 92156

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 2,200.- 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: 92156

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (<u>การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก 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 Please write amount in words		

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