สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ 02931
วันที่ 26 มี.ค. 2569
เวลา 14:58

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๑๕๖๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๐ มีนาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมระยะสั้น กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ ๑๗ "Clinical Reasoning management in Real-World Pediatric Practice"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพทุกแห่ง/คณบดีคณะแพทย์ศาสตร์/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ทุกแห่ง

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

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้น กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ ๑๗ "Clinical Reasoning management in Real - World Pediatric Practice" ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom และจัดอบรม ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ วันที่ ๑๙ - ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๙ (รายละเอียดตามกำหนดการ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่ กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีจึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญกุมารแพทย์ แพทย์พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา สถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยมีรูปแบบ ดังนี้ ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (onsite) จำนวน ๓๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) ภาคทฤษฎี (onsite) จำนวน ๗๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน) ภาคทฤษฎี (online) จำนวน ๒๐๐ คน ค่าลงทะเบียน คนละ ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) เปิดรับสมัครตั้งแต่ ๒ กุมภาพันธ์ – ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง จากหน่วยงานต้นสังกัด โดยไม่ถือเป็นวันลาเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา สามารถดูรายละเอียดได้ที่ www.childrenhospital.go.th หรือ QR-Code ด้านล่าง สอบถามเพิ่มเติมด้านลงทะเบียน โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ สอบถามด้านวิชาการที่ สำนักงานกุมารเวชศาสตร์ โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๙๓๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒนะ)
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ลงทะเบียนเข้าอบรม

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

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

17th QSNICH Pediatrics Annual Meeting

"REAL PEDIATRICS 2026: Think • Decide • Act • Care

Clinical Reasoning Management in Real-World Pediatric Practice"

19 – 22 พฤษภาคม 2569

ณ ห้องประชุมสยาม 1-3 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่ 19 พฤษภาคม 2569 Workshop day

ACT: Essential Life saving skills for Pediatricians

เวลา	หัวข้อ
08.00 - 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 - 09.30 น.	Difficult Airway in Children: Anticipation, Algorithms and Team Approach อ.นพ.ณัฐพงศ์ เลปนานนท์
09.30-10.30 น.	Ventilator Management in Children: From Initiation to Troubleshooting อ.พญ.กัญฑิมาศ สิทธิกูล
10.30 – 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 – 11.45 น.	Basic Pediatric Echocardiography for Non-Cardiologists and Shock (Dehydration) Assessment Integration อ.พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์
12.30 – 15.50 น.	Small group workshop 45 นาที ต่อ Station
Station 1 :	Difficult Airway Management อ.นพ.ณัฐพงศ์ เลปนานนท์
Station 2 :	Ventilator Management in Children อ.พญ.กัญฑิมาศ สิทธิกูล พว.ศิรนทิพย์ ยูซูฟี
Station 3 :	Vascular Assess in Children อ.พญ.วงศ์ตะวัน อามาตสมบัติ พว.โชติมา สินเจิมศิร
Station 4 :	Basic Pediatric Echocardiography อ.พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์

วันพุธที่ 20 พฤษภาคม 2569

THINK : Clinical Reasoning in Daily Practice

เวลา	หัวข้อ
08.00 – 08.15 น.	ลงทะเบียน
08.15 – 08.25 น.	พิธีเปิด
08.30 – 09.30 น.	**Session 1: Wisdom in Fluid and Electrolytes Management: Expert Insights from Real World Cases** อ.พญ.อุไรวรรณ เลิศวนัสบดี อ.พญ.พิริยา จันทราธรรมชาติ อ.นพ.สิวโรจน์ ขนอม
09.30 – 10.10 น.	**Morning Sponsored Symposium**
10.10 - 10.40 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง**
10.40 - 12.10 น.	**Session 2: Thinking Before the Code:** **Pediatric and Neonatal Resuscitation** • Neonatal Resuscitation: What to Do Right and What to Avoid อ.นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง • First Minutes That Matter: Early Recognition and First Aid อ.นพ.กันตวัฒน์ หวังไพบูลย์ • Cardiac Red Flags During Resuscitation and Proper Management อ.พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ • What Pediatricians Should Do Before ICU Arrival อ.พญ.วงศ์ตะวัน อามาตสมบัติ
12.15 - 12.55 น.	**Lunch Sponsored Symposium 1**
13.00 - 13.40 น.	**Lunch Sponsored Symposium 2**
13.40 - 14.10 น.	**พักรับประทานอาหารกลางวัน**
14.10 - 15.00 น.	**Session 3: Thinking Right from the Start** • Approach to Fever: Early Clinical Reasoning to Identify Sepsis and Severe Dengue อ.พญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยา ผศ.พิเศษ พญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์
15.00 - 15.50 น.	**Session 4: Choosing the Right Investigation** • Approach to Abnormal CBC in Daily Pediatric Practice อ.นพ.อิสนันท์ หุ่นนวล • Interpreting ESR, CRP and ANA: Clinical Utility and Pitfalls ผศ.พิเศษ พญ.ทัศลาภา แดงสุวรรณ

วันพฤหัสบดี ที่ 21 พฤษภาคม 2569

DECIDE : Evidence-Based and Context Aware Decision-Making

เวลา	หัวข้อ
08.00 - 09.30 น.	Session 1: Translating Clinical Guidelines into High-Quality Real-World Practice • Neonatal Jaundice อ.นพ.สมมนตร์ จินดากุล • Children with Obesity อ.นพ.สุรณัฐ แก้วณิมีย์ • children and adolescents with enuresis รศ. พิเศษ พญ.อดิศร์สุดา เฟื่องฟู
09.30 – 10.10 น.	Morning Sponsored Symposium
10.10 – 10.50 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง**
10.50 - 11.40 น.	Session 2: Pro–Con Clinical Debate in Common Pediatric Decisions • GERD in Children: Treat or Observe? ผศ.พิเศษ พญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร อ.นพ.สิวโรจน์ ขนอม
11.45 – 12.25 น.	Lunch Sponsored Symposium 3
12.30 – 13.10 น.	Lunch Sponsored Symposium 4
13.15 – 13.45 น.	**พักรับประทานอาหารกลางวัน**
13.45-14.45	Session 3: Advanced Technologies to Help Us in Pediatric Practice • Genetic Testing in Children: Indications, Selection, and Interpretation ผศ.พิเศษ พญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์ • AI in Pediatric Practice: From Knowledge Support to Clinical Management รศ.พิเศษ ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์
14.50-15.50 น.	Session 4: “Should Not Miss” Pediatric Diagnostics • Approach to Seizure ผศ.พิเศษ พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ

วันศุกร์ที่ 22 พฤษภาคม 2569

CARE : Continuity and Family-Centered Care

เวลา	หัวข้อ
8.00-9.00 น.	**Session 1: Caring for Development and Caring for Families** **• Early Behavioral Problems: When to Reassure and When to Refer** อ.พญ.สิจา ลีลาทนาพร อ.พญ.ธันยพร เมฆรุ่งจรัส **• Proper Use of Developmental Screening Tools in Pediatric Practice** อ.พญ.วิมามณี บุญช่วย
09.00 – 09.50 น.	**Morning Sponsored Symposium**
09.50 – 10.20 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง**
10.20 – 11.10 น.	**Morning Sponsored Symposium**
11.15 – 12.15 น.	**Session 2: Ask the Expert: Real Pediatric Cases from Daily Practice**
12.15 – 13.05 น.	**Lunch Sponsored Symposium 4**
13.05 – 13.30 น.	**พักรับประทานอาหารว่าง**
13.30 - 15.00 น.	**Session 3: Supporting Healthy Transitions in Adolescence** **• Proper Growth Management in Adolescents: Avoiding Pitfalls and Maximizing Growth Potential** อ.พญ.วิภา วรัญญวงศ์ **• Adolescent Health in Practice: Screening, Prevention, and Risk Assessment Beyond Growth** อ.พญ.ฐนันท์ธร ทรงจิตสมบูรณ์ **• Practical Cognitive Behavioral Therapy: Tips & Tools You Can Use Tomorrow in Adolescent Care** ผศ.พิศษ พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

การอบรมระยะสั้น กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ 17

"Clinical Reasoning management in Real-World Pediatric Practice"

ระหว่างวันที่ 19 – 22 พฤษภาคม 2569

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ Company code : 9609 ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (on-site รับ 30 คน) ค่าลงทะเบียน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

☐ Company code : 9633 ภาคทฤษฎี (on-site รับ 70 คน) ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

☐ Company code : 91336 ภาคทฤษฎี (on-line รับ 200 คน) ค่าลงทะเบียน 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล ตามด้วย Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม) / ตู้ ATM ธนาคารกรุงไทย เลือก บริการอื่นๆ และเลือกชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่ Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม)/ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนทุกครั้ง)

ข้อมูลผู้สมัคร

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

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

ตำแหน่ง .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....เลขที่สมาชิก(พยาบาล).....

สถานที่ปฏิบัติงาน/จังหวัด.....

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

อาหาร ○ ทั่วไป ○ อิสลาม ○ อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ .....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

เบอร์โทร .....

ผู้ประสานงาน คุณเบญญาภา วัฒนกุล กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5120 หรือ 088 874 4674 (ในวันและเวลาราชการ)
LINE ID : @932cqugz หรือสแกน QR CODE LINE

ลงทะเบียนตอบรับการอบรม

หมายเหตุ

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

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 2 ก.พ. – 8 พ.ค. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน หลักสูตรอบรมระยะสั้น กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ 17 "Clinical Reasoning management in Real-World Pediatric Practice" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (รูปแบบ Onsite)

****

กรุงไทย Company Code: 9609

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,500.- 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: 9609 **วันที่**.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รูปแบบ Onsite) 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. – 8 พ.ค. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน หลักสูตรอบรมระยะสั้น กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ 17 "Clinical Reasoning management in Real-World Pediatric Practice" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ภาคทฤษฎี (รูปแบบ Onsite)

****

กรุงไทย Company Code: 9633

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,000.- 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: 9633

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ภาคทฤษฎี รูปแบบ Onsite)

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. – 8 พ.ค. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน หลักสูตรอบรมระยะสั้น กุมารเวชศาสตร์ ครั้งที่ 17 "Clinical Reasoning management in Real-World Pediatric Practice" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ภาคทฤษฎี (รูปแบบ Online)

****

กรุงไทย Company Code: 91336

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: 91336 **วันที่**.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (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 Please write amount in words		

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