สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับที่ 21749
รับวันที่ ๒๘ ธ.ค. ๒๕๖๕
รับเวลา 15.17

ที่ สธ ๐๓๒๑/๖๙๔๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมการอบรมวิชาการทันตกรรมเด็ก ประจำปี ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/สำนักอนามัย/สถาบันทันตกรรม/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์อนามัยทุกแห่ง

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 5507
วันที่รับ ๒๘ ธ.ค. ๒๕๖๕
รับเวลา 15.58

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี (๒๒ – ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖)
๔. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎีรวมปฏิบัติ (๒๒ – ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖)

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดอบรมวิชาการทันตกรรมเด็ก สำหรับทันตแพทย์เด็ก ทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางการบริหารจัดการ การรักษาทางทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมจัดฟัน ทันตศัลยศาสตร์ การจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยจัดการอบรมเป็น ๒ รูปแบบ ได้แก่

๑. รูปแบบภาคทฤษฎี อบรมวันที่ ๒๒ - ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖ เปิดรับจำนวน ๑๒๔ คน ค่าลงทะเบียน ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน)
๒. รูปแบบภาคทฤษฎีรวมปฏิบัติ อบรมวันที่ ๒๒ - ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖ เปิดรับจำนวน ๒๖ คน ค่าลงทะเบียน ๖,๙๐๐ บาท (หกพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญทันตแพทย์เข้าร่วมอบรมหลักสูตรดังกล่าว ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้เข้าร่วมอบรมที่ได้รับคัดเลือกมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่าย ในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา เปิดรับสมัครและชำระค่าลงทะเบียน ได้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ – ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๖ และขอปิดรับสมัครทันทีเมื่อผู้เข้าร่วมอบรมครบตามจำนวน สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ อีเมล์ : qsnich.training@gmail.com เว็บไซค์ : www.childrenhospital-training.com เมื่อชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้วส่งใบตอบรับตาม QR – Code แนบท้าย ในกรณีผู้เข้าร่วมประชุมชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเข้าอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประเสริฐ เล็กสรรเสริญ)
ผู้วิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
- ๓ ม.ค. ๒๕๖๖

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง
เวบไซต์ สสจ.นนทบุรี และ กง.ทันตฯ สสจ.นบ.
(นางกัลยรักษ์ พันเดช)
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(นางพนิดา ศรีสันต์)
นักทรัพยากรบุคคล
๓ ม.ค. ๖๖

สำหรับดาวน์โหลดใบตอบรับและเอกสารต่าง ๆ

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรมกลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง "การอบรมวิชาการทันตกรรมเด็ก"

วันที่ 22 - 24 มีนาคม 2566

ณ ห้องประชุมสยาม 1 – 2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

****

ลงทะเบียนรูปแบบ

○ รูปแบบภาคทฤษฎี วันที่ 22 - 23 มีนาคม 2566 ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

○ รูปแบบภาคทฤษฎีรวมภาคปฏิบัติ วันที่ 22 - 24 มีนาคม 2566 ค่าลงทะเบียน 6,900 บาท (หกพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☞ อัตราค่าลงทะเบียน ..... บาท (.....)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง1ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ โอนผ่านธนาคาร

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ .....โทรสาร .....

E-mail address .....ID LINE.....

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน

○ หน่วยงาน (กรุณากรอกรายละเอียดที่ให้ออกใบเสร็จให้ครบถ้วนในช่องว่างด้านล่าง)

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเบญญาภา วัฒนกุล กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 โทรศัพท์มือถือ 088-874-4674
(ในวันและเวลาราชการ)

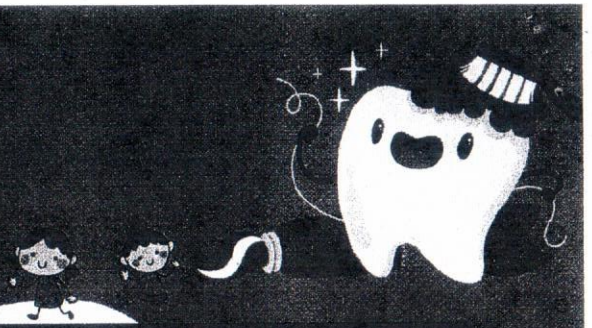
แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

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

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาร

การประชุมวิชาการทันตกร



วันพุธ พฤหัสบดี ศุกร์ที่ 22-24 มีนาคม 2

ณ ห้องประชุมสยาม 1-2 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติม

วันพุธที่ 22 มีนาคม 2566

08.45 - 09.00	ลงทะเบียนและ พิธีเปิด โดย ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
09.00 - 10.00	DAT's new caries risk assessment and fluoride guidelines ผศ.ทพญ.ดร.อ้อยทิพย์ ชาญการค้า ภาคเอกชน
10.00 - 11.00	Secrets of QSNICH's cleft protocol ทพ.ภฤษฎี ปัณณะรัส ทพญ.วรรัตน์ วงศ์รัศมีจรูญ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
11.00 - 12.00	Concepts and Clinical Applications of 3D Scanning in Pediatric Dentistry อ.ทพ.วิศรุตม์ ประวัติวัชรา คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12.00 - 13.00	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 14.00	Nephrotic syndrome in Children นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
14.00 - 15.00	Vital pulp therapy in permanent teeth : current updates อ.ทพญ.ลลิดา องค์ชวลิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
15.00 - 16.00	บรรยายเรื่อง Management of common traumatic dental injuries in children ทพญ.สุภัทรา ด่านวิทยากร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพฤหัสบดีที่ 23 มีนาคม 2566

09.00น.-10.30น.	Overview of pharmacologic behavior management, Sedation level, Routes of sedation, Monitoring, Physical & chemical properties of nitrous oxide and oxygen อ.ทพ.ณัฐกานต์ ชัยพัฒนาวรรณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10.30น.-12.00น.	Pharmacokinetic & pharmacodynamics of nitrous oxide and oxygen, Desirable characteristics of nitrous oxide, Indications & contraindications, Patient selection รศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินไหว คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
12.00น.-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00น.-14.30น.	Equipment, occupation hazard รศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินไหว คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14.30น.-16.00น.	Patient preparation, Administration, Signs and symptoms Complications ผศ.ทพญ. ชนิกา แมนมนตรี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันศุกร์ที่ 24 มีนาคม 2566

09.00น.-12.00น.	ฝึกปฏิบัติ การใช้ในตรัสออกไซด์ ในงานทันตกรรม ฝึกปฏิบัติกลุ่ม 1 ผศ.ทพญ. ชนิกา แมนมนตรี ฝึกปฏิบัติกลุ่ม 2 รศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินไหว ฝึกปฏิบัติกลุ่ม 3 อ.ทพ.ณัฐกานต์ ชัยพัฒนาวรรณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
12.00น.-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00น.-16.00น.	ฝึกปฏิบัติ การใช้ในตรัสออกไซด์ ในงานทันตกรรม (ต่อ) ฝึกปฏิบัติกลุ่ม 1 ผศ.ทพญ. ชนิกา แมนมนตรี ฝึกปฏิบัติกลุ่ม 2 รศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินไหว ฝึกปฏิบัติกลุ่ม 3 อ.ทพ.ณัฐกานต์ ชัยพัฒนาวรรณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา 10.30 น.-10.45 น. / ช่วงบ่ายเวลา 14.30 น.-14.45 น.

ใบตอบรับ

หลักสูตรทันตกรรมเด็ก

วันที่ 22-24 มีนาคม 2566

คำนำหน้า (นาง/นางสาว/นาย)ชื่อ.....

นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

.....

เบอร์โทร.....มือถือ.....

E-mail.....

(กรุณากรอกเอกสารด้วยตัวบรรจง)

ค่าลงทะเบียน

ภาคทฤษฎี
คนละ 4,000 บาท

ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ
คนละ 6,900 บาท

สำหรับดาวน์โหลดใบตอบรับและเอกสารต่าง ๆ

ขั้นตอนการสมัคร สามารถเข้าไปดูได้ที่

www.childrenhospital-training.com

เพื่อดาวน์โหลดเอกสาร พร้อมรายละเอียดการชำระค่าลงทะเบียนกับทางธนาคาร

เริ่มสมัครได้ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2565

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุต่อฟัน ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และความรู้ในทางทันตกรรมที่เกี่ยวข้อง และทราบแนวทางการจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยเด็ก ด้วย Oral sedation และไนตรัสออกไซด์ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรม เพื่อฝึกปฏิบัติการใช้ไนตรัลออกไซด์ในการควบคุมพฤติกรรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการรักษา ทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กยุ่งยากซับซ้อน

วิทยากร

วิทยากรเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ และองค์ความรู้ มีความน่าเชื่อถือในระดับประเทศ

สิ่งอำนวยความสะดวก

การเดินทาง : รถไฟฟ้า BTS สถานีอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ, รถโดยสารประจำทาง สาย 8, 12, 14, 18, 28, 63, 92, 97, 160, 515, 536

ที่พัก : หาได้ง่ายราคาย่อมเยามีความหลากหลาย สถานที่ประชุมกว้างขวางมีความสะดวกสบาย

กลุ่มเป้าหมาย

ทันตแพทย์เด็ก และทันตแพทย์ทั่วไป

ด้านการจัดประชุม

ติดต่อ คุณวิมลวรรณ ภวภูตานันท์
หมายเลขโทรศัพท์ 1415 ต่อ 5321
Email: qsnichdental.training@gmail.com

ด้านการลงทะเบียน

ติดต่อ คุณนงรัตน์ จันที/คุณวไลพร บุญเตี้ย
หมายเลขโทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113
Email: goffygirl@hotmail.com

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กลุ่มงานทันตกรรม
ขอเรียนเชิญทันตแพทย์ผู้สนใจ
เข้าร่วมการประชุมวิชาการ

หลักสูตรทันตกรรมเด็ก

วันที่ 22-24 มีนาคม 2566

CE 13 ค่าลงทะเบียน
ภาคทฤษฎี
คนละ 4,000 บาท

ชำระเงินได้ตั้งแต่ วันที่ 26 ธันวาคม 2565

ภาคทฤษฎี (22 - 23 มี.ค. 66)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน การอบรมวิชาการทันตกรรมเด็กภาคทฤษฎี (22 - 23 มี.ค. 66)

****

กรุงไทย Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตรทันตกรรมเด็ก ภาคทฤษฎี วันที่ 22 - 23 มี.ค. 2566 อัตรา 4,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

กรุงไทย ส่วนของธนาคาร

Company Code: 9612 วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรการอบรมวิชาการทันตกรรมเด็ก ภาคทฤษฎี 22-23 มี.ค.66 สาขา.....
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ประเภทการรชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
☐ เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
☐ เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

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

ชำระเงินได้ตั้งแต่ วันที่ 26 ธันวาคม 2565

ภาคทฤษฎีรวมปฏิบัติ (22 - 24 มี.ค. 66)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน การอบรมวิชาการทันตกรรมเด็กภาคทฤษฎีรวมปฏิบัติ (22 - 24 มี.ค. 66)

****

กรุงไทย Company Code: 9650

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตรทันตกรรมเด็ก ภาคทฤษฎีรวมปฏิบัติ วันที่ 22 - 24 มี.ค. 2566 อัตรา 6,900.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ ..... บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

กรุงไทย ส่วนของธนาคาร

Company Code: 9650

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรการอบรมวิชาการทันตกรรมเด็ก
ภาคทฤษฎีรวมปฏิบัติ 22-24 มี.ค.66 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ประเภทการรชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
☐ เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
☐ เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

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