



ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๑๙๕๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับที่ 4686
รับวันที่ ๒๑ มี.ค. ๒๕๖๕
15-35

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๕ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมการพยาบาลเด็กแบบประคับประคอง ปี ๒๕๖๕ (รูปแบบ Online)
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระค่าลงทะเบียน

กลุ่มงาน	รพ.วิทยากรบุคคล
เลขที่	166
วันที่	๒๑ มี.ค. ๖๕
รับเวลา	16.11

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดอบรม เรื่อง “การพยาบาลเด็กแบบประคับประคอง ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) Application Zoom โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพการพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ อบรมระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่สนใจเข้ารับการอบรม โดยเปิดรับสมัคร จำนวน ๑๓๕ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรม มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลาเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๗ มีนาคม - ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ และขอปิดรับสมัครหากผู้เข้าร่วมครบตามจำนวน ด่วนให้ลดเอกสารการชำระเงิน ได้ที่ www.childrenhospital-training.com หรือสแกน QR CODE พร้อมเพย์ด้านล่าง พร้อมลงทะเบียนออนไลน์ตาม QR CODE ในใบตอบรับ หรือส่งใบตอบรับเข้าอบรม ได้ที่ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘, อีเมล qsnich.training@gmail.com สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้ และฝึกอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ ในกรณีผู้เข้าร่วมอบรมชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเข้าอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



ชำระเงินค่าลงทะเบียน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ขอแสดงความนับถือ

เพื่อโปรดพิจารณา เห็นควร ปรก.

ท่านเริ่มมีโรค ศศ.นม. แล. กว. คอ.ส.ม.

ศศ.นม.

(หม่อมราชวงศ์ พันทร)

ผู้อำนวยการศูนย์ฯ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขา...

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๒๒ มี.ค.

ดำรงคุณ

ธม

(นางอัมพร วารินทร์)

นางสาวนัยนา ธีระนันท์ วิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๒๒ มี.ค. ๒๕๖๕

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

ใบตอบรับเข้าอบรมการพยาบาลเด็กแบบฉบับประจำปี ๒๕๖๕ (รูปแบบ Online)

ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ที่อยู่สำหรับจัดส่งใบเสร็จรับเงิน.....เลขที่.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....ต่อ.....โทรสาร.....

E-mail address.....

การลงทะเบียน ค่าลงทะเบียนจำนวน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ผู้เข้าร่วมประชุม

☐ อื่นๆ ระบุ.....

การชำระเงิน

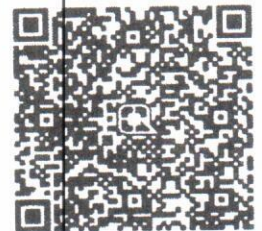
- ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)
- ชำระผ่านทาง Krungthai NEXT (ใช้ Company Code: 9982)
- ชำระผ่านทางตู้ ATM ธนาคารกรุงไทย (ใช้ Company Code: 9982)
- ชำระผ่าน Qr-code พร้อมเพย์

การลงทะเบียน

- กรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทาง โทรสารหมายเลข ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
- ลงทะเบียนและส่งหลักฐานการชำระค่าลงทะเบียนออนไลน์ได้ตาม QR-code

ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียน ได้ที่

www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)



ชำระเงินค่าลงทะเบียน



ส่งหลักฐานและลงทะเบียนตอบรับ

ผู้ประสานงาน

คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณเบญญาภา วัฒนกุล

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ มือถือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ

๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
๓. เริ่มสมัครพร้อมชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๕



ชำระเงินได้ตั้งแต่ วันที่ 7 มีนาคม 2565

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน การอบรมการพยาบาลเด็กแบบประทับประคอง ปี 2565 (รูปแบบ Online)



กรุงไทย Company Code: 9982

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร รูปแบบ (Online) อัตรา 3,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน
ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารได้รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9982

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรอบรมการพยาบาลเด็กแบบประทับประคอง
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

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