



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับที่ 21751
รับวันที่ ๒๘ ธ.ค. ๒๕๖๕
รับเวลา 15.29

ที่ สธ ๐๓๒๑/๖๔๔๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่ 5505
วันที่รับ ๒๘ ธ.ค. ๒๕๖๕
รับเวลา 15.58

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom ภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๑๔ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖ และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๑๓ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิด สังเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถ่ายทอดและจัดอบรม ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑ - ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดเข้ารับการอบรมรูปแบบ on-site จำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๕๐๐ บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) รูปแบบ online จำนวน ๒๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ทั้งนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอ CNEU ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ และขอปิดรับสมัครหากผู้เข้าอบรมครบตามจำนวนที่เปิดรับสามารถดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.childrenhospital-training.com ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ขอแสดงความนับถือ

เพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง

เว็บไซต์ สสจ.นนทบุรี

(นางกัลยรักษ์ พันเดช)

สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

นักรักษาพยาบาล

๓ ธ.ค. ๖๖

(นายประเสริฐ เล็กสรเสริญ)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์เชี่ยวชาญ ด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
- ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๕

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ โทรสาร ๐๒๓๕๔ ๘๐๘๘

www.childrenhospital-training.com / Email address: qsnich.training@gmail.com

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

“การพยาบาลทารกแรกเกิด” ในวันที่ 13 – 17 มีนาคม 2566

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป	08.00 - 08.10 น.	08.20- 08.30 น.	08.30 – 10.30 น.		10.45 – 12.00 น.		13.00 – 14.00 น.	14.00 – 15.00 น.		15.15 – 16.15 น.
จันทร์ 13 มี.ค.2566	ลงทะเบียน	pretest	NCPR (ภาคบรรยาย) นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	พัก 10.30 -10.45 น.	Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.รัชฎา อนันต์วรปัญญา กลุ่มที่ 2 พว.ศุภศิริ อ้อยทอง พว.สุพัตรา ทาอ้อ กลุ่มที่ 3 พว.บุษบา กาญจนพัฒน์ กลุ่มที่ 4 พว.อรรพรรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 5 พว.วรรณิ จันทรมาศ กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาติ นาคเรือง		NCPR (ภาคบรรยาย) นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.รัชฎา อนันต์วรปัญญา กลุ่มที่ 2 พว.ศุภศิริ อ้อยทอง พว.สุพัตรา ทาอ้อ กลุ่มที่ 3 พว.บุษบา กาญจนพัฒน์ กลุ่มที่ 4 พว.อรรพรรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 5 พว.วรรณิ จันทรมาศ กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาติ นาคเรือง	พัก 15.00-15.15 น.	Megacode and debriefing 15.45 – 16.15 น. Posttest และเฉลย พว.บุษบา กาญจนพัฒน์
อังคาร 14 มี.ค. 2566	08.00 – 08.15 น. ลงทะเบียน 08.15 – 08.30 น. พิธีเปิด ผู้อำนวยการ สถาบันฯ	08.30 – 9.30 น.	PDA นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	พัก 09.30 – 10.00 น.	10.00 - 12.00 น. MAS and PPHN ผศ.พญ.มิรา โครานา		Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยู่ธยา	14.15 – 16.00 น. ROP Symposium นพ.สมมนตร์ จินดากุล พว.ปราณี นาเมืองรักษ์	พัก 14.00-14.15 น.	
พุธ 15 มี.ค. 2566	8.00 - 9.00 น. Pain management in neonate น.ส.วรรณิ จันทรมาศ	09.00 – 10.00 น. High Alert drug พว.อรรพรรณ ขาวโสภา	พัก 10.00-10.30น.	10.30 - 12.00 น. RDS and surfactant therapy ผศ.พญ.มิรา โครานา			13.00 – 14.30 น. BPD นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช	พัก 14.30-14.45น.	14.45 – 16.15 น. Nursing care of BPD พว.บุษบา กาญจนพัฒน์	
พฤหัสบดี 16 มี.ค. 2566	08.00 - 09.45 น. Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วิณา จีระแพทย์	พัก 09.45-10.00 น.	10.00 – 11.00 น. Birth Injury พญ.ลลิตวดี ทั้งสุภูติ	11.00 - 12.00 น. Nursing care of LBW พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค			13.00 – 14.00 น. Hyperbilirubinemia นพ.สมมนตร์ จินดากุล	14.00 – 15.00 น. การพยาบาลทารกที่มีภาวะ Hyperbilirubinemia พว.ศุภศิริ อ้อยทอง	พัก 15.00-15.15 น.	15.15 – 16.15 น. Developmental care in neonate พว.วิไลรักษ์ บุชบรรณ
ศุกร์ 17 มี.ค.2566	08.00 - 09.00 น. 10 Steps BF in neonate น.ส.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ	พัก 09.00-09.15 น.	09.15 – 11.00 น. Intensive care monitoring น.ส.วรรณิ จันทรมาศ	IVH พญ.ลลิตวดี ทั้งสุภูติ			Early warning signs & Neonatal Sepsis นพ.ศุภวัชร บุญกษิต์เดช	Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พุทธชาติ นาคเรือง		15.00 -15.15 น. ปิดอบรม

พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 – 13.00 น.

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”
วันที่ 13 - 17 มีนาคม 2566

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- ☐ Company code : 9617 อบรมทฤษฎี (online) ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)
☐ Company code : 9655 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- ☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9617 หรือ 9655
เลือก หลักสตรการอบรมการพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์(ติดต่อได้สะดวก)โทรสาร

E-mail address(สำหรับรับข้อมูลการอบรม)ID LINE.....

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้ลงทะเบียน ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณนงรัตน์ จันทน์ หรือ คุณพรพิรุฬห์ ขาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชมังคลาภิเษก เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียน
เข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร 02 354 8088
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital-training.com
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2565

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิด (รูปแบบ ONLINE)



Company Code: 9617

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



ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย

วันที่.....

สาขา.....



Company Code: 9617
กรุงไทย

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิด online)
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 26 ธันวาคม 2565

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิด (รูปแบบ ONSITE)



Company Code: 9655

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

Company Code: 9655
กรุงไทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิด 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