



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขที่รับที่ 2054
รับวันที่ - ๗ ก.พ. ๒๕๖๕
รับเวลา 14.51

ที่ สธ ๐๓๒๑/๕๓๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๗๖

มกราคม ๒๕๖๕

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 552
วันที่รับ 7 ก.พ. 65
รับเวลา 15.11

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรค และพยาธิสภาพที่สำคัญทางกุมารศัลยศาสตร์ มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาศัลยกรรม ทราบหลักการรักษาเบื้องต้นและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางศัลยกรรม ให้กับพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลศัลยกรรมเด็ก จำนวน ๑๒๐ คน ในวันที่ ๒๕ - ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ ถ่ายทอดจากห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑-๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลศัลยกรรมเด็ก เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์ โดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) ทั้งนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอ CNEU ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เมื่อจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๒๐ คน ขอปิดรับสมัคร ด่วน! โหลดเอกสารการชำระเงินและรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



ขอแสดงความนับถือ

๗๖

๕๓

(นางอัมพร วารินทร์)

๗๖

(นางสาวนัยนา ภูมิวิภาดา) ผู้อำนวยการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม ๘ ก.พ. ๒๕๖๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เพื่อโปรดพิจารณา เห็นควรแล้ว ปรส.ทางภูมิภาค ศค.นน

(นางกมลทิพย์ พันนา)

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ๘ ก.พ. ๖๕

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

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

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” วันที่ 25 – 29 เมษายน 2565

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป	08.00-08.30 น.	08.30-08.45 น.	08.45-09.45 น.	10.00 - 12.00 น.		พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 - 13.00 น.	13.00-14.30 น.	พักรับประทานอาหารเวลา 14.30 - 14.45 น.	14.45-16.15 น.
จันทร์ 25 เมย. 2565	ลงทะเบียน	พิธีเปิด โดยผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กฯ	New Normal Management in Pediatric Surgery Care พว.เสริมศรีบุญม้น	การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยศัลยกรรมในเด็ก ผศ.ดร.สุวิมล โรจนาวี			Common Pediatric Neurosurgical Problems นายแพทย์ศิริชัย ปิยะชน		N.C. of Neurological Problems พว.ปณิตดา แก้วเปรม
อังคาร 26 เมย. 2565	7.45-8.00 น.	08.00 - 09.00 น.		09.30 - 11.00 น.	11.00 - 12.00 น.		Problems in Neonatal Surgery : Non-GI System พ.ญ.อัจฉริยา ทองสิน		14.45-15.45 น.
	ลงทะเบียน	Common Problems in Pediatric Orthopedics น.พ.วีระศักดิ์ ธรรมคุณานนท์		การพยาบาลเด็กโรคกระดูกหักและข้อเคลื่อน พว.จุริพร ศรีแสงยิ่งเจริญ	การบาดเจ็บในเด็ก (Pediatric Injury) พ.ญ.มนทิณี สัจจาตุระ				Surgical GI diseases II พ.ญ.สุนทร ชีวะประภานันท์
พุธ 27 เมย. 2565	ลงทะเบียน	08.00 - 09.00 น.		09.30 - 10.30 น.	10.30 - 12.00 น.		Surgical GI diseases I พ.ญ.วรรณนิสา ภูเจริญ		Pain Management พ.ญ.สุทธิรักษ์ คุรุหงษา
		Burns พ.ญ.มนลดา กาญจนธารายนต์		Miscellaneous Pediatric Surgical Problems นายแพทย์จรรพพงษ์ น้อยคำแย	Wound Care พว.นันทพร พรธีระภัทร				
พฤหัสบดี 28เมย. 2565	ลงทะเบียน	08.00 - 09.30 น.		พัก 10.00 -10.30 น.	10.00 - 12.00 น.		N.C. of GI Pediatric Surgical Problems พว.ชุติมา สุตประเสริฐ	Common Pediatric Urological Problem น.พ.อุกฤษ เกษทอง	
		N.C. of Most common Neonatal Surgery พว.ทิพวรรณ สุวรรณพล			N.C. of critical Neonatal Surgery พว.เอื้องดอย ต้นทพวงศ์				
ศุกร์ 29 เมย. 2565	8.00-8.30น.	Work shop (08.30 - 12.00 น.)					13.00 - 15.00 น.	15.00 - 15.30 น.	
	ลงทะเบียน	1.Rectal Irrigation กลุ่มที่ 1 พว.พรพิมล สาสกุล, พว.นภาพรณ คำจัตุรัส(08.30 - 09.00 น.) 2.CVC Care กลุ่มที่ 2 พว.นภาพรณ พิศัยธรรมา, พว.สุกัญญา เพชรมนโนรา(09.00 - 09.30 น.) 3. ICP monitoring & EVD care กลุ่มที่ 3 พว.เรณู สอนคำมี, พว.ปณิตดา แก้วเปรม(09.30 - 10.00 น.) 4. Pain in pediatric surgery กลุ่มที่ 4 พว.กานดา เลหาดีศิลปสมจิตร, พว.สปีญรัฐ อุดมมวลสกุล(10.30-11.00 น.) 5.Splint and Ambulate กลุ่มที่ 5 พว.ธิดารัตน์ จันทรมณี, พว.สมลทิพย์ ชมาพิสุทธิ (11.00 - 11.30 น.) 6.Ostomy care กลุ่มที่ 6 พว.ทิพวรรณ สุวรรณพล, พว.นพรัตน์ ละครเขต(11.30 - 12.00 น.) หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 -10.30 น. (30 นาที/ 1 Station)					Highlight N.C. of Pediatric Surgery พว.อัศรสา สถาพรวงษา		Q & A พิธีปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “ปัญหาศีลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”

วันที่ ๒๕ - ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕

ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน > อัตราค่าลงทะเบียน ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next

☐ โอนผ่านตู้ ATM

☐ โอนผ่านธนาคาร

ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

E-mail address ID LINE:

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุปีที่ยอบรม.....

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้เข้าอบรม ☐ หน่วยงาน (กรุณารอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันทิ หรือ คุณวไลพร เพื่องสงเนิน กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด ชั้น ๑๑
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๔๐๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ (ในเวลาราชการ)

หมายเหตุ ● เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายัง Email: qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

● ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน ๗ วันได้ที่

www.childrenhospital-training.com

● ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(ปัญหาศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก)



Company Code: 9611

กรุงเทพ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 3,800.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงเทพ



Company Code: 9611

กรุงเทพ

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ปัญหาศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก)

สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

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

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์