



ที่ สธ ๐๓๒๑/๓๕๓๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับที่.....
รับวันที่..... - 6 มิ.ย. 2566
รับเวลา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี

กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เขตราชเทวี
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 2684
วันที่รับ 6 มิ.ย. ๒๕๖๖
รับเวลา 15-28

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / วิทยาลัยพยาบาล-บรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. กำหนดการอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. ใบชำระเงิน	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ทักษะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ การดูแลรักษาการประเมินคัดกรองผู้ป่วย และการแก้ไขปัญหาสังเกตความผิดปกติต่างๆ ได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพต่อไป ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่สนใจในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม และสำหรับพยาบาลจะได้รับคะแนน CNEU ๓๑.๕ หน่วยคะแนน โดยเสียค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๘๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



เอกสารประชาสัมพันธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง

เว็บไซต์ สสจ.นนทบุรี

(นายวรการ พรหมพันธุ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นางกัลยรักษ์ พันเดช)

นักทรัพยากรบุคคล

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม - 6 มิ.ย. ๒๕๖๖

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘

Email address: qsnich.training@gmail.com

(นายประเสริฐ เล็กสรรเสริฐ)
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

- ๗ มิ.ย. ๒๕๖๖

ตารางการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก

เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ”

วันจันทร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง วันศุกร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ น. – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
วันจันทร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. – ๐๘.๓๐ น.	กล่าวรายงาน โดย รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	นางสาวรัชนิบูลย์ เงินวิลัย
	กล่าวเปิด โดย ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์
๐๘.๓๐ น. – ๐๙.๐๐ น. (๓๐ นาที)	Pre-test	
๐๙.๐๐ น. – ๑๐.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “การคัดกรองและการประเมินความผิดปกติทางตา”	พว.ทรงศิริ นิลจุลกะ
๑๐.๓๐ น. – ๑๐.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๐.๔๕ น. – ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การประเมินสายตาดูในเด็กแต่ละวัย”	พว.ธนพรรณ ครุฑทอง
๑๒.๐๐ น. – ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. – ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “Normal eye growth and development”	พ.ศิริพันธ์ เหลืองอร่าม
๑๔.๓๐ น. – ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. – ๑๖.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “ภาวะฉุกเฉินทางตา”	พ.ศุภวรรณ สุรักษ์รัตนสกุล
วันอังคารที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. – ๑๐.๓๐ น. (๑๕๐ นาที)	บรรยาย “เทคนิคการจัดทำเด็กเพื่อตรวจตา”	พว.ปราณี นามเมืองรักษ์
๑๐.๓๐ น. – ๑๐.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๐.๔๕ น. – ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการทำหัตถการทางตา”	พว.ธนพรรณ ครุฑทอง
๑๒.๐๐ น. – ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. – ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “โรคทางจักษุที่พบบ่อยในเด็ก common eye disease part 1”	พ.ณัฐสุชา หวังถิรอำนาจ
๑๔.๓๐ น. – ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. – ๑๖.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “โรคทางจักษุที่พบบ่อยในเด็ก common eye disease part 2”	พ.สุมาลิน ตรีไชยาพร
เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
วันพุธที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. – ๑๐.๓๐ น. (๑๕๐ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กขณะได้รับการผ่าตัดตา”	พว.กนกภัทร พร้อมมงคล
๑๐.๓๐ น. – ๑๐.๔๕ น.	พัก	

ตารางการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลฉุกเฉินวิทยาเด็ก

เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ”

วันจันทร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง วันศุกร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ น. – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(๑๕ นาที)		
๑๐.๔๕ น. – ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดตา”	พว.อำไพ ทิพย์อักษร
๑๒.๐๐ น. – ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. – ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด โรคจอประสาทตามืดปกติ”	พว.ชนารัตน์ เรืองมงคลวิชัย
๑๔.๓๐ น. – ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. – ๑๖.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะฉุกเฉินทางตา”	พว.อรุณรัตน์ มาตเลิง
วันพฤหัสบดีที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. – ๑๔.๔๕ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “ปัญหาสุขภาพตาเด็กจากการใช้สมาร์ทโฟน”	คุณศุภิสรา ศรีธรรม
๐๘.๔๕ น. – ๑๐.๓๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การวัดสายตาเพื่อประกอบแว่น และการใช้แว่นสายตาที่ถูกต้อง”	คุณกัญญกมล ศรีบัวงาม
๑๐.๓๐ น. – ๑๐.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๐.๔๕ น. – ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาหยอด”	พว.สายสุนีย์ เกษดำรงค์พันธ์
๑๒.๐๐ น. – ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. – ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “การกระตุ้นสายตาผู้ป่วยเด็ก”	พว.ปราณี นาเมืองรักษ์
๑๔.๓๐ น. – ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. – ๑๖.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การวัดความสามารถในการมองเห็น (Visual Acuity)”	พว.ชนารัตน์ เรืองมงคลวิชัย

เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ”

วันจันทร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง วันศุกร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
วันศุกร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. - ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. - ๑๐.๓๐ น. (๑๕๐ นาที)	<u>Workshop</u> 1. “การวัดระดับการมองเห็น (Visual Acuity)”	พ.สุมาลิน ตริยไชยาพร พว.สายสุนีย์ เกษดำรงค์พันธ์ พว.อำไพ ทิพย์อักษร
	<u>Workshop</u> 2. “การทดสอบตาบอดสี (color test)”	คุณกัญญกมล ศรีบัวงาม พว.กนกภัทร พร้อมมงคล พว.อรุณรัตน์ มาตเลิง
๑๐.๓๐ น. - ๑๐.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๐.๔๕ น. - ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	<u>Workshop</u> 3. “การทดสอบการมองสามมิติ (fly test)”	พว.ปราณี นามเมืองรักษ์ พว.ทัศนีย์ วงศ์เกษมศักดิ์ พว.อนงค์ สุขโข
	<u>Workshop</u> 4. “ชนิดของยาหยอดตาและวิธีการใช้ ”	พว.ทรงศิริ นิลจุลกะ พว.สุนิสา เทพหัสติน ณ อยุธยา พว.ธนพรรณ ครุฑทอง
๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. - ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	<u>Workshop</u> 1. “การวัดสายตาด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automatic Refraction)”	พว.ทรงศิริ นิลจุลกะ พว.ปราณี นามเมืองรักษ์ พว.อรุณรัตน์ มาตเลิง
๑๔.๓๐ น. - ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. - ๑๕.๕๐ น. (๖๕ นาที)	<u>Workshop</u> 2. “การวัดความดันตาด้วยเครื่องวัดแต่ละชนิด (Air puff, I-care, Tonopen)”	พว.รัชฎา โพธิ์ศรีทอง พว.ชนารัศมี เรืองมงคลวิษณุ คุณกัญญกมล ศรีบัวงาม
๑๕.๕๐ น. - ๑๖.๐๐ น.	พิธีปิดการอบรม	

หมายเหตุ Workshop - ภาคเช้า แบ่งเป็น 4 กลุ่มสลับกลุ่มเวียนให้ครบทั้ง 4 ฐานฯละ 45 นาที (1-4)
 - ภาคบ่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่มสลับกลุ่มเวียนให้ครบทั้ง 2 ฐานฯละ 1.30 ชั่วโมง

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
หลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก
เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ”
วันที่ 17-21 กรกฎาคม 2566

ณ ห้องประชุมสถาบันชั้น 13 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ Company code : 9616 ค่าลงทะเบียน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9616 เลือก การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า) นามสกุล

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ เลขที่สมาชิก

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่

ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์(ติดต่อได้สะดวก) E-mail address

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้ลงทะเบียน ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน

คุณนรรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2566

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อบรมเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ"



Company Code: 9616

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี 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



ส่วนของธนาคาร
กรุงไทย



Company Code: 9616

กรุงไทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ"

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