



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับที่ 9415
รับวันที่ - 6 มิ.ย. 2566
รับเวลา 15.04

ที่ สธ ๐๓๒๑/๓๒๖๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 2683
วันที่รับ - 6 มิ.ย. ๒๕๖๖
รับเวลา 15.27

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมโครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / วิทยาลัยพยาบาล-
บรมราชชนนีทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการอบรม
 ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
 ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดโครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ จัดอบรมรูปแบบ on-site ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ การใช้งานและการดูแลเครื่องมือแพทย์ ระหว่างวันที่ ๓๐ สิงหาคม - ๑ กันยายน ๒๕๖๖ จัดอบรม ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมรูปแบบ on-site จำนวน ๖๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา สามารถดูรายละเอียดดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินได้ที่ www.childrenhospital-training.com พร้อมลงทะเบียนตาม QR CODE ในใบตอบรับ หรือส่งใบตอบรับเข้าอบรม ได้ที่อีเมล qsnich.training@gmail.com และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ทั้งงานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



เอกสารประชาสัมพันธ์

(นางสาวนัยนา ธีระนันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง

เว็บไซต์ สสจ.นนทบุรี

(นายประเสริฐ เล็กสรเสริญ)

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔
Email address: qsnich.training@gmail.com

- 6 มิ.ย. ๒๕๖๖

- ๗ มิ.ย. ๒๕๖๖

ตารางการอบรมหัวข้อ“การพัฒนาศมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์”

วันที่ 30 - 31 สิงหาคม และ 1 กันยายน 2566

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพุธที่ 30 สิงหาคม 2566	
07.30 – 08.00น.	ลงทะเบียน
08.00 – 08.30 น.	รับประทานอาหารเช้า
08.30 – 09.00 น.	พิธีเปิดการอบรม
09.00 – 10.30 น.	To know about Medical Equipment for nurses พว.สุนตรา แก้ววิเชียร
10.30 – 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.30– 12.00 น.	หลักการใช้งานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และHHHFNC พว.ศิริพร สังขมาลัย
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.40 น.	หลักการใช้งานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้ nasal CPAP พว. วรณี จันทร์มาศ
13.40 – 14.20 น.	หลักการใช้งาน Incubator และ Photo therapy นส.มนัสนันท์ จันทวาส
14.20 – 14.40 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.40 – 15.20 น.	หลักการใช้งานของ NIBP และPulse Oximeter นาย ธนภัทร ตั้งสธิรักษ์ดี
15.20 – 16.00 น.	หลักการใช้งานของ Defibrillator และAED นส.รจนา อบอุ้น

วันพฤหัสบดีที่ 31 สิงหาคม 2566	
08.00 – 08.20 น.	ลงทะเบียน
08.20 – 09.00 น.	หลักการใช้งาน Infusion pump และ Syringe pump นาย ธนภัทร ตั้งสธิรักษ์ดี
09.00 – 16.00 น.	Workshop การใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ 1 ฐานที่ 1 (09.00 – 10.00 น.) Oxygen delivery devices พว.นิศราวรรณ ชัยศรี พว.ธัญลักษณ์ ศรีสำรวล ฐานที่ 2 (10.00 – 11.00 น.) HHHFNC นส.มนัสนันท์ จันทวาส ฐานที่ 3 (11.00 – 12.00 น.) Incubator และ Photo therapy พว.ธัญญารัตน์ วารสิน พว.กรรณิการ์ พันธโคตร ฐานที่ 4 (13.00 – 14.00 น.) NIBP & Pulse Oximeter & Incubator นส. รจนา อบอุ้น ฐานที่ 5 (14.00 – 15.00 น.) หลักการใช้งาน Infusion pump และ Syringe pump นาย ธนภัทร ตั้งสธิรักษ์ดี ฐานที่ 6 (15.00 – 16.00 น.) Bedside monitor ,Defibrillator และ AED พว. ศิริทิพย์ ยูชูพี พว. อรุณรัตน์ คำหม่อง
	(เวลา Workshop 60 นาที/ ฐาน)
	- พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 09.50 – 10.10 น. และ 14.50 – 15.10 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00 – 13.00 น.
วันศุกร์ที่ 1 กันยายน 2566	
08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 10.30 น.	Workshop การใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ 2 ฐานที่ 1 (08.30 – 09.30 น.) Ventilator พว. สุนตรา แก้ววิเชียร พว. โชติมา สีนเจิมศิริ ฐานที่ 2 (09.30 – 10.30 น.) Non invasive Ventilator พว. ศิริพร สังขมาลย์ พว. วิวรรณ ทางเจริญ
	(เวลา Workshop 60 นาที/ ฐาน)
10.30 – 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 – 12.00 น.	ปัญหาที่พบจากการใช้งานเครื่องมือแพทย์ พว. สุนตรา แก้ววิเชียร
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.30 น.	Home Health Care พว. วิวรรณ ทางเจริญ
14.30 น.	พิธีปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์
วันที่ 30 สิงหาคม - 1 กันยายน 2566

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ Company code : 9617 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหารหัส 9617 เลือก
โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม (สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล).....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิก.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

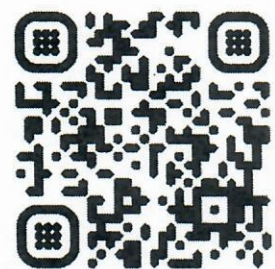
โทรศัพท์E-mail address.....

อาหาร ☐ ทั่วไป ☐ อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้ลงทะเบียน ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....
.....

ผู้ประสานงาน คุณณรัตน์ จันทิ หรือ คุณพรพิรุฬห์ ขาตะวราหะ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ส่งหลักฐานและลงทะเบียน
ตอบรับเข้าอบรม

หมายเหตุ

• เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ
(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com

• ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วันได้ที่เว็บไซต์

www.childrenhospital-training.com

• ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 22 พฤษภาคม 2566

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อบรมเรื่อง "โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์" (รูปแบบ on-site)



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



Company Code: 9617

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง "โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์"

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