



ที่ สธ ๐๓๒๑ / ๖๐๔๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับที่ 11865
รับวันที่ ๑๕ ก.ค. ๒๕๖๕
รับเวลา 13-17
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอภิปรายหัวข้อเรื่อง "Crouch Gait in Cerebral Palsy: Step Approach and Correction"
ในโครงการประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" ครั้งที่ ๒๒

กลุ่มงาน ทรัพยากรบุคคล
เลขที่ 7042
วันที่ 19 ก.ค. 65
รับเวลา 14.57

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดอื่น
ทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจัดประชุม
๒. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน
๓. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้ดำเนินการจัดโครงการประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" ครั้งที่ ๒๒ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขึ้นระหว่างวันที่ ๙ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ภายใต้แนวคิดเรื่อง "The Best for the Most in Comprehensive Pediatric Care" โดยทีมวิทยากรจากอาเซียนและประเทศไทย ซึ่งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการเฉพาะทางด้านโรคเด็กแก่ กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไปทุกสาขา ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง คาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการเพิ่มศักยภาพ ความรู้ความสามารถ ในการ วินิจฉัย การรักษาพยาบาล การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตลอดจนการแก้ไขฟื้นฟูผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องรวดเร็ว เป็นไปตามนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเด็กที่มีปัญหา การเคลื่อนไหว เข้าร่วมหัวข้ออภิปรายเรื่อง "Crouch Gait in Cerebral Palsy: Step Approach and Correction" ในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ ระหว่างเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้โดยไม่มีถือเป็นวันลา มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ ได้ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัด เมื่อได้รับอนุมัติจาก ผู้บังคับบัญชา โดยเสียค่าลงทะเบียน ๕๐๐ บาท จำนวน ๑๐๐ คน ในรูปแบบการประชุมทางไกล (On-line) ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงิน แล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทาง สถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงิน ทุกกรณี ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คุณนงรัตน์ จันทิ / คุณวไลพร เพื่องสูงเนิน กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘๘๙๙๔-๕๐๙๙๔ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย
จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เพื่อโปรดพิจารณา
- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง

ขอแสดงความนับถือ

ดำเนิน

อิม

เว็บไซต์ สสจ.นนทบุรี

(นางกัลยรักษ์ พันเดช)

นักทรัพยากรบุคคล

๒๖ ก.ค. ๖๕

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ E-mail: qsnich.training@gmail.com

ลงทะเบียนออนไลน์ : www.childrenhospital-training.com

(นางอัมพร วารินทร์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒๒ ก.ค. ๒๕๖๕

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
หัวข้อ “Crouch Gait in Cerebral Palsy: Step Approach and Correction”
ในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔
ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ต่อ..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท ☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลทั่วไป – ศูนย์ ☐ โรงพยาบาลเอกชน
☐ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๕๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม ☒ นามบุคคล ☐ อื่นๆ ระบุ

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘
ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณจินดาพร คະະະະ
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๔๔๖๗๔

- หมายเหตุ
๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
 ๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
 ๓. เริ่มสมัครพร้อมชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๔

เริ่มชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2564
เข้าประชุม 1 วัน (on-line)



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน โครงการประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" (code 3)



Company Code: 92157

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 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: 92157

วันที่

ค่าลงทะเบียน โครงการอบรม เรื่อง ประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์
"สุขภาพเด็กแห่งชาติ" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

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

ลงชื่อผู้ชำระเงิน / โทรศัพท์