



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขที่รับ 5087
วันที่รับ 14 มี.ค. 2568
รับเวลา 19.34

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๘๖๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 1633
วันที่รับ ๑๔ มี.ค. ๒๕๖๘
รับเวลา 15:31 น.

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพยาบาลเด็ก” ครั้งที่ ๔๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก การป้องกันและฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รูปแบบ on-site จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) และรูปแบบ online จำนวน ๑๒๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ
ขอแสดงความนับถือ



พริษฐ์ วัฒนศิริ

(ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจนนวรัตน์)

รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๒

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นควรแจ้งประชาสัมพันธ์ทาง

เว็บไซต์ สสจ. นนทบุรี

(นายพัลลภ ใจเลิศ)

นักทรัพยากรบุคคล

14 มี.ค. 2568

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

Email address: qsnich.training@gmail.com

(นายสันติ โพธิ์ทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 “การพยาบาลเด็ก” ครั้งที่ 41 วันที่ 16-20 มิถุนายน 2568
 ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา มหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ศ/ป		09.00 – 10.00 น.		10.30 – 12.00 น.		13.00-14.30 น.		14.45-16.15 น.	
จันทร์ 16 มิย. 2568	8.00 – 8.30 น. ลงทะเบียน	GI problem in pediatric ผศ.พิเศษพญ.ศิริลักษณ์ เจนนวัตร	Nutrition problem in pediatric ผศ.พิเศษ พญ.อรรณ เอี่ยมโอภาส	10.00-10.30 น. พัก	Common problem in Pediatric Neurology พญ.ศิริรัตน์ สุวรรณโชติ	Nursing care in Pediatric Neurology พว.ปิยะนาถ พรหมมาสกุล	14.45-16.15 น.		
	8.30 - 9.00 น. พิธีเปิด								
อังคาร 17 มิย. 2568	08.00-8.15 น.	Nursing Care for Chronic illness in pediatric ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย	Dengue Hemorrhagic Fever พญ.ประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา พว.พรทิพย์ แพรระจำง	09.30 - 11.00 น.	Nursing care for Dengue Hemorrhagic Fever พว.สุภาพร บัวบาน	การประเมินพัฒนาการในเด็ก พว.ฐานวีร์ ธนชัยบุณการมย์	การเฝ้าระวังและควบคุม การระบาดของโรคติดเชื้อ พว.นภสร ไชยมักดี	14.30 -14.45 น.	
	ลงทะเบียน								
พุธ 18 มิย. 2568	08.00-8.15 น.	โรคมะเร็งและโรคเลือด ในผู้ป่วยเด็ก ผศ.พิเศษพญ.สมใจ กาญจนางสงค์กุล	09.30 - 10.30 น.	10.30 - 12.00 น.	โรคไตในเด็ก นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล	โรคหัวใจในผู้ป่วยเด็ก นพ.รัชชัย กิระวิทยา	Nursing Management in pediatric cardiology พว.ปิยะนาถ พรหมมาสกุล	14.30 -14.45 น.	
	ลงทะเบียน								
พฤหัสบดี 19 มิย. 2568	8.00-8.15 น.	Common skin problems and pitfall in drug allergy พญ.มุขนาฏ รุจิเมธภาส	Respiratory disease in Pediatric พญ.กนิษฐมาศ สิทธิกุล	Nursing care for Oxygen Therapy in Pediatric พว.ศิริพร สังขมาลย์	13.00-14.00 น.	Palliative Care พว.วราณี แม่นยำ	14.15 - 16.15 น.		
	ลงทะเบียน								
ศุกร์ 20 มิย. 2568	8.00-8.30 น.	08.30-12.00 น.	08.30-12.00 น.	13.00 - 14.00 น.	14.00 -14.15	Biopsychosocial care for hospitalized child พว.จริภาดา สร้างนอก	14.00 - 14.30 น.		
	ลงทะเบียน								

จัดระบบ onsite และระบบ online

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลเด็ก ครั้งที่ 41”
วันที่ 16 – 20 มิถุนายน 2568

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชนิ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิ

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- ☐ Company code : 9655 การพยาบาลเด็กรูปแบบ on-site ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)
☐ Company code : 9994 การพยาบาลเด็กรูปแบบ online ค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- ☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9655 หรือ 9994 เลือก การพยาบาลเด็ก ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน(ชื่อโรงพยาบาล).....

โทรศัพท์(ติดต่อได้สะดวก)E-mail address(สำหรับรับข้อมูลการอบรม).....

อาหาร ☐ ทัวไป ☐ อิสลาม ☐ อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้ลงทะเบียน ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ขาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิ 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ QR-code ด่วนให้ลดเอกสาร
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 7 มี.ค. 68 – 13 มิ.ย. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลเด็ก (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9655

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,000.- 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



Company Code: 9655

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลเด็ก รูปแบบ 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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 7 มี.ค. 68 – 13 มิ.ย. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลเด็ก (รูปแบบ ONLINE)



Company Code: 9994

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน 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



Company Code: 9994

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลเด็ก รูปแบบ ONLINE)

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