

mlv

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา
รับเลขที่ ๒๕๙
วันที่ 7 มี.ค. 2566
เวลา



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๑๙๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลโรคเรื้อรังในเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการอบรม
 ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
 ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพยาบาลโรคเรื้อรังในเด็ก” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง และพัฒนาศักยภาพการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังเข้ารับการอบรมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom โดยเสียค่าลงทะเบียน ๒,๒๐๐ บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๑๕๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ และอีเมล qsnich.training@gmail.com ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล ไปยังอีเมลของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย



สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนัยนา นิษะนันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นางสาวศรินดา เสมอใจ)

(นายเอกชัย คำลือ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

๗ มี.ค. 2566

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒๓๕๔ ๘๐๘๘
Email address: qsnich.training@gmail.com

(นางรัชณี ชัดตะละ)

(นายสมภพ เมืองชื่น)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

๗ มี.ค. 2566

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก” ครั้งที่ 1 วันที่ 24 - 26 พฤษภาคม 2566
 ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 - 2 ชั้น7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป		08.30 – 10.00 น.		10.30 - 12.00 น.		13.00 - 14.00 น.		14.30-16.00 น.
พุธ 24 พค. 2566	8.00 – 8.15 น. ลงทะเบียน	Trend of Nursing Care in chronic disease Pediatric ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนิยม	พัก 10.00-10.30 น.	Management in Pediatric Cancer Patients ผศ.พิเศษพญ.สมใจ กาญจนางค์กุล	พัก 12.00-13.00 น.	Chemotherapy drugs เภสัชกรเพ็ญภา ม่วงศรี	พัก 14.30-14.30 น.	Nursing Care in Pediatric Cancer Patients พว.สุดใจ จิตตยานนท์
	8.15 - 8.30 น. พิธีเปิด							
พฤหัสบดี 25 พค. 2566	08.00 – 8.30น.	08.30 – 10.30 น.	พัก 10.30-10.45 น.	10.45 - 12.00 น.	พัก 12.00-13.00 น.	13.00 - 14.00 น.	พัก 14.30-14.30 น.	14.30-16.00 น.
	ลงทะเบียน	Management in Pediatric DM Type I พญ.ช่อแก้ว คงการคำ พว.ศิรินทรียา สมเสน คุณกิริติกา บำรุงราชภักดี นักโภชนาการ คุณศศิเมษ เมศิริ นักสังคมสงเคราะห์		Nursing Care of Pediatric DM Type I in OPD พว.ศิรินทรียา สมเสน		Nursing Care of Pediatric DM Type I in IPD พว.หทัยรัตน์ คล้ายพันปี พว.ชไมพร โคสาสุ		Quality of life in chronic disease Pediatric พว.วาณี แม่นยำ
ศุกร์ 26 พค. 2566	08.00 – 8.30 น.	08.30- 10.30 น.	พัก 10.30-11.00 น.	11.00 – 12.00 น.	พัก 12.00-13.00 น.	13.00 - 14.30 น.	พัก 14.30-14.30 น.	Q & A
	ลงทะเบียน	Update on Thalassemia : Clinical and Nursing Care in Pediatric Patients พญ.อรุโณทัย มีแก้วกฤษกร พว.มาลี สุดเส้นผม		Symptoms Control in palliative Care พญ.เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง		Holistic Care in Chronic Disease Pediatric พญ.เดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง พว.วาณี แม่นยำ คุณสุทวารรณ์ ไชยมูล นักสังคมสงเคราะห์		ปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม (Online)
อบรมเรื่อง “การพยาบาลโรคเรื้อรังในเด็ก”
วันที่ 24 - 26 มิถุนายน ๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมสยามมา ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☞ อัตราค่าลงทะเบียน 2,200 บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง1ช่องทาง) ใช้ Company Code : 9656

โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM โอนผ่านธนาคาร QR-Code พร้อมเพย์

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม (สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล).....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์โทรสาร

E-mail addressID LINE.....

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันทิ หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด
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 หรือทางโทรสาร 02 354 8088
- ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วันได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital-training.com
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 7 มีนาคม 2566

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อบรมเรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง" (รูปแบบ Online)



Company Code: 9656

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 2,200.- 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

วันที่.....

สาขา.....

Company Code: 9656

กรุงไทย.

ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง"

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ประเภทการชำระ	รายละเอียด	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.	
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words	

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์