



ที่ สธ ๐๓๒๑/๓๒๖๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖

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

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติ
ให้ดำเนินการจัดโครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ จัดอบรมรูปแบบ on-site ที่สถาบันสุขภาพ
เด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ การใช้งานและการดูแลเครื่องมือ
แพทย์ ระหว่างวันที่ ๓๐ สิงหาคม - ๑ กันยายน ๒๕๖๖ จัดอบรม ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคาร
สยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็น
ประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมรูปแบบ
on-site จำนวน ๖๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิก
ค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา สามารถดู
รายละเอียดดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงิน ได้ที่ www.childrenhospital-training.com พร้อมลงทะเบียน
ตาม QR CODE ในใบตอบรับ หรือส่งใบตอบรับเข้าอบรม ได้ที่อีเมล qsnich.training@gmail.com และ
สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔
ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสวณัฏฐา ณีตะนันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



เอกสารประชาสัมพันธ์

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

Email address: qsnich.training@gmail.com

ตารางการอบรมหัวข้อ“การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์”

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 จันทवास
14.20 - 14.40 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.40 - 15.20 น.	หลักการใช้งานของ NIBP และPulse Oximeter นาย ธนภัทร ตั้งสธิรภัคดี
15.20 - 16.00 น.	หลักการใช้งานของ Defibrillator และAED นส.รจนา ออบอุ้น

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 ในช่องค้นหาใส่รหัส 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 ทวีป อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....
.....

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณพรพิรุฬห์ ชาตะวราหะ
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

กรุงศรี

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

กรุงศรี

วันที่.....

สาขา.....



Company Code: 9617

กรุงศรี

ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง "โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์"

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