

กค



ที่ สธ ๐๓๒๑/๘๕๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาล-
บรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๑๒ - ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗ ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ - ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิด สังเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จัดอบรม ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (on-site) จำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๕๐๐ บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) และภาคทฤษฎี (on-site) จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน) ภาคทฤษฎี (online) จำนวน ๑๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



เอกสารประชาสัมพันธ์

ขอแสดงความนับถือ
นางสาวนัยนา ณีชนะนนท์
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๒1 ส.ค. 2566

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนัยนา ณีชนะนนท์)

(นางรัชมี ชัยกระละ)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

21 ส.ค. 2566

<input checked="" type="checkbox"/>	อนุมัติ/อนุญาต
<input type="checkbox"/>	ชอบ
<input type="checkbox"/>	ลงนัด
<input type="checkbox"/>	ทราบ

(นายเอกชัย คำลือ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

๒๑ ส.ค. ๒๕๖๖

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

Email address: qsnich.training@gmail.com

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิมิทราชาซีนี
 “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ในวันที่ 11 - 15 มีนาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิมิทราชาซีนี

จันทร์ 11 มี.ค. 2567	08.00-08.30 น.	08.30 - 10.30 น.	10.45 - 12.00 น.	13.00 - 14.00 น.	14.00 - 15.00 น.	15.15 - 16.15 น.
	ลงทะเบียน	NCPDR (ภาคบรรยาย) นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.รักษา กลุ่มที่ 2 พว.ศุภศิริ กลุ่มที่ 3 พว.ปรารถนา กลุ่มที่ 4 พว.วรรณิ กลุ่มที่ 5 พว.อรพรรณ กลุ่มที่ 6 พว.พชชชาต กลุ่มที่ 7 พว.สุพัตรา	NCPDR (ภาคบรรยาย) นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.รักษา กลุ่มที่ 2 พว.ศุภศิริ กลุ่มที่ 3 พว.ปรารถนา กลุ่มที่ 4 พว.วรรณิ กลุ่มที่ 5 พว.อรพรรณ กลุ่มที่ 6 พว.พชชชาต กลุ่มที่ 7 พว.สุพัตรา	Megacode and debriefing 15.45 - 16.45 น. Postest และเฉลย พว.พชชชาต นาคเรือง
อังคาร 12 มี.ค. 2567	8.00-8.15 น.	8.30 - 10.30 น.	11.00 - 12.00 น.	13.00 - 14.00 น.	14.00 - 15.00 น.	15.15 - 16.15 น.
	แนะนำระเบียบการอบรม online ลงทะเบียน 08.15 - 08.30 น. พิธีเปิดโดยผู้อำนวยการ สถาบันฯ	Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วิณา จิระแพทย์	PDA นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	Pain management in neonate พว.วรรณิ จันทรมาศ	MAS ผศ.พญ.มิรา โคโรนา	PPHN ผศ.พญ.มิรา โคโรนา
พุธ 13 มี.ค. 2567	08.00 - 09.00 น.	09.00 - 10.15 น.	10.30 - 12.00 น.	BPD นพ.ศุภวัชร บุญยชีตีเดช	14.15 - 15.15 น. Nursing care of BPD พว.โสภา ศดุสสิทธิโชค	15.15 - 16.15 น. Enteral Feeding พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา พว.สุพัตรา ทาอ้อ
	ROP นพ.สมมนตร์ จินตากล	Nursing care of ROP พว.ชนนารัตน์ เรื่องมงคลวิญญ์	RDS and surfactant therapy พ.ญ. นนิตา นพรัตน์			
พฤหัสบดี 14 มี.ค.2567	08.00 - 10.00 น.	10.00 - 10.30 น.	10.30 - 12.00 น.	Hyperbilirubinemia นพ.สมมนตร์ จินตากล	14.00 - 15.00 น. การพยาบาลทารกที่มี ภาวะ hyperbilirubinemia พว.ศุภศิริ อ้อยทอง	15.15 - 16.15 น. Developmental care in neonate พว.วิไลรักษ์ บุษบรรณิ
	10 Steps BF in sick neonate : The new normal พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ	Intensive care monitoring พว.วรรณิ จันทรมาศ				
ศุกร์ 15 มี.ค.2567	08.00 - 09.00 น.	09.00 - 10.45 น.	11.00- 12.00 น.	IVH พญ.ลลิตาดี พงศ์ภูติ	14.00 - 15.00 น. High Alert drug พว.อรพรรณ ชาวโสภา	พิธีปิด
	Early warning signs & Neonatal Sepsis นพ.ศุภวัชร บุญยชีตีเดช	Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พชชชชาต นาคเรือง	Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา			

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”
วันที่ 11 - 15 มีนาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code : 9655 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)
- Company code : 9994 อบรมทฤษฎี (on-site) ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
- Company code : 9617 อบรมทฤษฎี (online) 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 9655 , 9994 หรือ 9617 เลือก การพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

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

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....
.....
.....

ผู้ประสานงาน

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



ลงทะเบียน
เข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 18 ธ.ค. 66 - 26 ก.พ. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (รูปแบบ ON-SITE)

Company Code: 9655
กรุงเทพ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

ส่วนของธนาคาร
กรุงเทพ

Company Code: 9655 วันที่.....
กรุงเทพ

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ON-SITE) สาขา.....
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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 18 ธ.ค. 66 - 26 ก.พ. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ON-SITE)

 Company Code: 9994
กรงิทย

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,000.- บาท/ท่าน


การชำระเงิน


ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

 ส่วนของธนาคาร
กรงิทย

 Company Code: 9994
กรงิทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี ON-SITE)
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 18 ธ.ค. 66 – 26 ก.พ. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ONLINE)

Company Code: 9617
นرجิงไทย

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
นرجิงไทย

Company Code: 9617
นرجิงไทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี ONLINE)

สาขา.....

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