

กค ๘๖  
24 ก.ค. 2561



กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรฯ
เลขที่ 1815
วันที่ 20 กค 61

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ 7760
วันที่ 20 ก.ค. 2561
เวลา

ที่ สธ ๐๓๑๘/๑๖๕๐

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๓ ประจำปี ๒๕๖๑  
"Thalassemia: All New Hope"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลจังหวัด/ คณบดีคณะแพทยศาสตร์/ คณบดีคณะ  
พยาบาลศาสตร์ /ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/ หัวหน้าภาควิชา/ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย/ ผู้อำนวยการ  
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์/ หัวหน้ากลุ่มงาน/ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ หัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการประชุม
  ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
  ๓. ใบตอบรับเข้าร่วมนำเสนอผลงาน
  ๔. ใบจองห้องพักโรงแรม

ตามที่กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และมูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย  
แห่งประเทศไทย ได้ร่วมกันจัดประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง ในปีนี้มีกำหนดจัดงาน  
วันที่ ๔-๖ กันยายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร  
โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และเสนอวิทยาการ ความก้าวหน้าด้านการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล  
และการป้องกันเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ตลอดจนเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้เพื่อการเสนอวิธี  
การปฏิบัติที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ แพทย์ พยาบาล และบุคลากร  
ทางการแพทย์ ที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ในการนี้ กรมการแพทย์ ใคร่ขอเรียนเชิญ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์  
ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง  
ว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ส่งใบตอบรับเข้ารับการประชุมมายัง  
ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันทิ หรือคุณจินดาพร คชชะชะ กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ  
โทร. ๐๔๑๕๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๗ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ  
หรือ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) ภายใน วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงาน  
ของท่านได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

- เพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

- ลงนาม พัฒนาฯ จว.กระบี่ *อ.สมพงษ์ ตรีโย*

*W*

๒๐- ก.ค. 2561

*อ.สมพงษ์ ตรีโย* (นายปานเนตร ปางพุฒิพงศ์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมการแพทย์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
โทร. ๐๔๑๕๕ ต่อ ๕๑๒๐  
โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘

*อ.สมพงษ์ ตรีโย*  
*อ.สมพงษ์ ตรีโย*  
(นายเฉลิมพล ใสสงกรมม)  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่  
๒๔ ก.ค. ๒๕๖๑



ร่างกำหนดการประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ 23 ประจำปี 2561

“Thalassemia: All New Hope”

วันที่ 4 - 6 กันยายน 2561 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

- 4 กันยายน 2561
- Pre-Congress Symposium
- 11.00 - 12.00 น. ลงทะเบียนรับเอกสาร
- 12.00 - 13.00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 5 กันยายน 2561
- 07.30 - 08.30 น. ลงทะเบียนรับเอกสารและกระเป๋าเอกสาร
- 08.30 - 09.30 น. ประธาน ศ.เกียรติคุณ นพ.สุทัศน์ ฟูเจริญ  
ประธานร่วม พญ.สมใจ กาญจนางศ์กุล  
ปาฐกถาเกียรติยศ สดสาคร ตูจิงดา “Prenatal Control of Severe Thalassemia”  
โดย ศ. นพ.ธีระ ทองสง  
กล่าวแนะนำโดย รศ. นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์
- 09.30 - 10.00 น. พิธีเปิด การประชุมสัมมนาวิชาการวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ 23 ประจำปี 2561  
โดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข  
กล่าวรายงาน โดย อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- 10.00 - 10.45 น. การบรรยายพิเศษ “Health care 4.0 : The Future Hope for Thalassemia Patients”  
โดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
- 10.45 - 11.00 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 11.00 - 12.00 น. ประธาน อ. นพ.ชนินทร์ ลิ้มวงศ์  
ประธานร่วม ผู้อำนวยการ / รองผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
Symposium “From hope to reality : โครงการลงทะเบียนผู้ป่วยธาลัสซีเมีย ภายใต้  
ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า”  
โดย ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ  
ผู้ดำเนินการอภิปราย ศ. ดร. นพ.วิพร วิประกษิต
- 12.00 - 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน (ชมผลงานทางวิชาการ Poster)





- 10.00 – 10.30 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.30 – 12.00 น. ประธาน พญ.วันดี นิงสานนท์  
 ประธานร่วม พญ.อรุณทัย มีแก้วกฤษร  
 Symposium “Current challenges on conventional therapy for thalassemia :  
 Lost and found hope”  
 โดย Complication : ศ. พญ.อรุณี เจตศรีสุภาพ  
 Iron Chelation : ผศ. นพ.นพดล ศิริชนารัตนกุล  
 Blood Transfusion : รศ. พอ. นพ.กิตติ ต่อจรัส  
 ผู้ดำเนินการอภิปราย พญ.มนธนา จันทรมียม
- 12.00 – 13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00 – 14.30 น. ประธาน รศ. นพ.ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ  
 ประธานร่วม นพ.สมชาย แสงกิจพร  
 Symposium “All new hope at the horizon : Current novel therapies”  
 โดย Targeted therapy for thalassemia : ศ. ดร. นพ.วิปร วิประกษิต  
 Haploidentical HSCT : When everyone can be transplanted :  
 ผศ. นพ.อุษณรัสมิ์ อนุรัฐพันธ์  
 ผู้ดำเนินการอภิปราย ศ.เกียรติคุณ นพ.สุทัศน์ พุ้เจริญ
- 14.30 – 15.00 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 15.00 น. - พิธีมอบรางวัลการเสนอผลงานวิจัยดีเด่นและผลงานวิจัยยอดเยี่ยม  
 - พิธีรับมอบหน้าที่เจ้าภาพในการจัดการประชุมครั้งต่อไป (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์)  
 โดย มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย  
 - พิธีปิดการประชุม

\*\*\*\*\*

ใบตอบรับเข้าร่วมการประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๓  
ในวันที่ ๔-๖ กันยายน ๒๕๖๑  
ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น

การลงทะเบียน โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน เป็นภาษาไทย และใช้คำเต็ม (สามารถถ่ายเอกสารเพิ่มเติมได้)

ชื่อหน่วยงาน/โรงพยาบาล.....

ที่อยู่ (Address).....

ประสงค์ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม โดยมีรายชื่อต่อไปนี้ (แนบรายชื่อและรายละเอียดเพิ่มเติมได้)

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....งานที่รับผิดชอบ.....

เลขที่ใบอนุญาต.....โทรศัพท์.....e-mail address.....

ประเภทอาหาร  อาหารทั่วไป  อิสลาม  ประเภทอื่น ระบุ.....

๒. ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....งานที่รับผิดชอบ.....

เลขที่ใบอนุญาต.....โทรศัพท์.....e-mail address.....

ประเภทอาหาร  อาหารทั่วไป  อิสลาม  ประเภทอื่น ระบุ.....

การลงทะเบียน กรอกข้อมูลในใบตอบรับ ส่งกลับมาทางโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ หรือ  
E-mail : Qsnich.training@gmail.com ภายในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๑

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณจินดาพร คະະະະ กลุ่มภารกิจวิชาการ  
ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐  
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

**หมายเหตุ** ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน  
๒. หลังส่งเอกสารตรวจสอบรายชื่อผ่านเว็บไซต์ [www.Childrenhospital-training.com](http://www.Childrenhospital-training.com)  
ภายใน ๒ สัปดาห์



ใบสมัครเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิจัย

การประชุมสัมมนาวิชาการธาลัสซีเมียแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๓ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๑

“Thalassemia: All New Hope”

ระหว่างวันที่ ๔-๖ กันยายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร

ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) (นาย/นาง/นางสาว) .....

ตำแหน่ง..... ระดับ.....

หน่วยงานต้นสังกัด..... จังหวัด.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

Email Address:.....

ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ (ภาษาไทย) .....

(ภาษาอังกฤษ) .....

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ - ทุกเรื่องที่ต้องนำเสนอเป็นโปสเตอร์

- การนำเสนอด้วยโปสเตอร์ กว้าง ๓๑ นิ้ว x สูง ๔๒ นิ้ว จำนวน ๑ แผ่น ต่อ ๑ เรื่อง

- ขอสงวนสิทธิ์ในรูปแบบการนำเสนอผลงานทางวิชาการขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการ \*\*

- การนำเสนอผลงานด้วยการบรรยาย คณะกรรมการจะเป็นผู้คัดเลือก ใช้เวลาในการนำเสนอ ๑๒ นาที และซักถาม ๓ นาที

- เนื้อหาบทคัดย่อ พิมพ์เป็นภาษาไทยหรืออังกฤษ ตัวอักษร Angsana New ขนาด ๑๖ ความยาวของเรื่องย่อ ขนาดกระดาษ A๔ เพื่อตีพิมพ์ในหนังสือการประชุม

- ส่งบทคัดย่อทาง E-mail ที่ [thalassemia.tft@gmail.com](mailto:thalassemia.tft@gmail.com) หรือติดต่อ คุณดาริกา สีเดือน

(เจ้าหน้าที่มูลนิธิฯ) โทรศัพท์ ๐ ๒๔๑๕ ๙๓๒๕ โทรสาร ๐ ๒๔๑๒ ๕๗๕๙ มือถือ ๐๕๐ ๕๕๑ ๙๕๑๕

มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย ตึกกอนันทมหินدل ชั้น ๕

โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. ๑๐๗๐๐

ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๑



**โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น**  
**ใบจองห้องพักสำหรับกรุ๊ปสัมมนา (ผู้เข้าพักชำระเงินค่าห้องพักเอง)**

**รายละเอียดการประชุมสัมมนา**

หัวข้อการสัมมนา

หน่วยงานผู้จัด (หน่วย, สำนัก, กรม, กระทรวง) ..... สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี .....

กำหนดวันที่ประชุมสัมมนา (วันที่, เดือน, ปี) ..... 4 - 6 กันยายน 2561 .....

**รายละเอียดการจองห้องพัก (ตัวบรรจง)**

ชื่อ/สกุล ..... พักเดี่ยว.....ห้อง / พักคู่.....ห้อง วันที่เข้าพัก ..... วันที่ออก.....

ชื่อ/สกุล ..... พักเดี่ยว.....ห้อง / พักคู่.....ห้อง วันที่เข้าพัก ..... วันที่ออก.....

รวมจำนวนห้องพัก ..... ห้อง

ราคาห้องพักเดี่ยว ( 1 คน ) .....1,600.-.....บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า (จัดแยกทานที่ห้องฟังก์ชั่น)

ราคาห้องพักคู่ ( 2 คน ) .....1,600.-.....บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า (จัดแยกทานที่ห้องฟังก์ชั่น)

ราคาเตียงเสริม สำหรับคนที่ 3 .....1,000.-.....บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า (จัดแยกทานที่ห้องฟังก์ชั่น)

ราคาห้องพักเดี่ยว ( 1 คน ) .....1,900.-.....บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า ณ ห้องอาหารเปรมประชากร

ราคาห้องพักคู่ ( 2 คน ) .....2,200.-.....บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า ณ ห้องอาหารเปรมประชากร

ราคาเตียงเสริม สำหรับคนที่ 3 .....1,100.-.....บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า ณ ห้องอาหารเปรมประชากร

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ชื่อผู้ติดต่อ ..... เบอร์โทร..... แฟกซ์.....

**เงื่อนไขการจองห้องพัก**

1. ปิดการสำรองห้องพักในราคาพิเศษนี้ ภายในวันที่ 21 สิงหาคม 2561
3. เช็กห้องว่างแล้ว ภายในวันเดียวกัน ให้ทำการโอนเงินมัดจำค่าห้องพักอย่างน้อย 1 คืน เต็มจำนวน ต่อห้อง
4. การโอนเงินชำระค่ามัดจำ โดยผ่าน ธนาคาร หรือตู้ ATM โดยส่งจ่ายดังนี้

ชื่อบัญชี : บริษัทแมจิก อินเตอร์ไพรส์ จำกัด (บัญชีออมทรัพย์)	
ธนาคารกรุงเทพ	ธนาคารไทยพาณิชย์
สาขาหลักสี่	สาขาหลักสี่
189-0-89376-9	029-2-94042-2

**\*\*อย่าลืมเก็บสลิปการโอนเงินจากตู้ ATM ด้วยนะคะ\*\***

5. ผู้เข้าพักจะได้ห้องพัก ก็ต่อเมื่อกำหนดได้ส่ง 1)แบบฟอร์มจองห้อง และ 2)ใบสำเนา/สลิปการโอนเงิน มาพร้อมกันเท่านั้น
6. ทางโรงแรมสงวนสิทธิ์ ไม่คืนเงินมัดจำ กรณียกเลิกการจอง หรือไม่มาเข้าพักตามกำหนด
7. เวลาเข้าพักเริ่มตั้งแต่วันที่ 15.00 น. เป็นต้นไป

**หมายเหตุ** หลังจากส่งเอกสารแล้ว กรุณาโทรเช็คกับทางเจ้าหน้าที่แผนกสำรองห้องพัก เพื่อตรวจสอบเอกสารของท่านภายในวันเดียวกัน

โทร. 02-575-5599 ต่อ แผนกสำรองห้องพัก 1112 - 1114 แฟกซ์ 02-575-5655

reservation@miraclegrandhotel.com