



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ ๙๕๕๙
วันที่ 17 ก.ย. 2561
เวลา

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน)
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐๒-๒๐๑-๒๐๑๑

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ ๒๖๖.๕๕
วันที่ 18 ก.ย. 2561
เวลา ๑๖.๐๐ น.

ที่ TNSD ๒ / ๒๕๖๑

วันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าประชุมและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / สาธารณสุขอำเภอ / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและ
โรงพยาบาลในสังกัดอื่นทุกแห่ง / ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล / คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ /
และหัวหน้าหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ด้วยชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประเทศไทย จะจัดการประชุม
เชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สำหรับอาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสาธารณสุข
ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและ
เอกชนทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย จึงขอเชิญบุคลากรพยาบาลและผู้สนใจในสังกัดของท่าน
สมัครเข้าประชุมครั้งนี้ โดยสามารถสมัครออนไลน์ได้ที่เว็บไซต์ <https://med.mahidol.ac.th/nursing/th>
ดังรายละเอียดของโครงการที่แนบมาพร้อมนี้ และผู้เข้าประชุมสามารถเข้าประชุมได้ โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิ
เบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจากต้นสังกัด ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเข้ารับการประชุม และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูล
ดังกล่าวให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- เพื่อโปรดทราบ

- เห็นควรประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

- อ. วิภาดา

๑๘ ก.ย. ๒๕๖๑
พ.ญ. (กนก)

นางสาว เสนาดี สัย

(นางสุรศักดิ์ ขันการ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

(รองศาสตราจารย์สุภาณี เสนาดี สัย) ภาควิชาการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ประธานชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ๑๘ ก.ย. ๒๕๖๑

ใบสมัครเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

วันที่ 28 -30 พฤศจิกายน 2561

ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

1. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสรีรติ

2. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสรีรติ

สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัด.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ

Email Addressb.....

4. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (9) เลขที่ 026-462490-5

สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ค่าลงทะเบียนคนละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

สำหรับสมาชิกชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ค่าลงทะเบียนคนละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

เลขที่สมาชิกชมรมฯ (โปรดระบุ)

รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด.....คน เป็นเงินจำนวน.....บาท

หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก

**ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด

5. ขอให้ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

QR Code ลงทะเบียนออนไลน์



ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

1.ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> พร้อมแนบสลิปการโอนเงิน หรือ

2.หลังจากโอนเงินผ่านธนาคารเข้าบัญชีของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดีแล้ว กรุณาส่งใบสมัครพร้อมสลิปการโอนเงินมายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี ทางโทรสารหมายเลข 02-201-2011 หลังจากส่งโทรสารแล้วขอให้โทรศัพท์สอบถามว่าเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารที่ท่านส่งมาครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ ที่เบอร์โทรศัพท์หมายเลข 02-201-1608, 02-201-1512 หรือส่งใบสมัครพร้อมสลิปการโอนเงินทางอีเมล rama.ccne@gmail.com

3.ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์

4.รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก

5.ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608

ใบจองห้องพัก

ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

1. ชื่อ (นาย/ นาง/ นางสาว) นามสกุล.....
 ตำแหน่ง..... สถานที่ปฏิบัติงาน.....
 ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 โทร..... มือถือ อีเมลล์:.....

2. มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค(กรุงเทพฯ) ดังนี้

ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,600 บาทสุทธิ/ห้อง/คืน (พร้อมอาหารเช้า)

ห้องพักคู่ ราคา 1,600 บาทสุทธิ/ห้อง/คืน (พร้อมอาหารเช้า)

โดยพักคู่กับ.....

เข้าพักโรงแรม วันที่ 27 – 30 พฤศจิกายน 2561 (3 คืน)

เข้าพักโรงแรม วันที่ 28 – 30 พฤศจิกายน 2561 (2 คืน)

ส่งใบจองห้องพัก ไปยัง

คุณเกศินี สาระกุล /ผู้จัดการฝ่ายขายอาวุโส (เซลล์ที่ดูแล)
 โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ
 247 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม. 10400

คุณทมิตา ทองอนันต์ (เลขาฝ่ายขาย)
 โทรศัพท์ 0-2290-0125 ต่อ 7120
 โทรสาร 0-2275-8577 (วันจันทร์ – วันศุกร์ เท่านั้น)
 www. : chaophyapark.com
 E-mail : sec.sales@chaophyapark.com

3. **หมายเหตุ ***** มหาวิทยาลัยมหิดล ไม่รับจองห้องพักของ วันที่ 27 – 30 พฤศจิกายน 2561 กรณีท่านที่ต้องการจองห้องพักขอให้ติดต่อกับทางโรงแรมโดยตรง โดยส่งใบสำรองห้องพัก **ก่อนวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561** เท่านั้น

******* กรณีที่ส่ง Fax กรุณาส่งวันจันทร์-ศุกร์เท่านั้น เพราะOffice Sales หยุดวันเสาร์ – วันอาทิตย์ เครื่องFax เป็นเครื่องรวมใบจองห้องพักอาจสูญหายได้ค่ะ

4. **การชำระเงิน:** ท่านที่ประสงค์เข้าพัก ต้องทำจองห้องและชำระเงินเป็นมัดจำ ตามราคาข้างต้น ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 คืน และส่งใบชำระค่าห้องพักมาพร้อมกับใบจองห้องพัก เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาด หากมีการยกเลิกการจองห้องพักกระทัน 3 วันก่อนวันเข้าพัก (last minute cancellation) หรือ ไม่ปรากฏชื่อเข้าพัก(No Show)ทางโรงแรมขออนุญาตยึดเงินมัดจำนั้นไว้

วิธีการชำระเงิน:- ชำระด้วยการโอนเงินเข้าบัญชี ออมทรัพย์ ในนาม บริษัท ปาร์คโฮเทล แอนด์ รีสอร์ท จำกัด และกรุณาส่งหลักฐานที่ FAX : 02-275-8559 อีเมลล์: payin@chaophyapark.com พร้อมระบุชื่องาน/บริษัท และวันที่จัดงานหรือวันเข้าพัก ในเอกสารการโอนทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสูญหายและใช้เป็นที่อ้างอิง ได้ถูกต้อง หากต้องการชำระค่าใช้จ่ายด้วยเงินสดหรือบัตรเครดิต ท่านสามารถติดต่อชำระโดยตรงที่โรงแรม เจ้าพระยา ปาร์คเท่านั้น

ธนาคาร	สาขา	บัญชี	เลขที่บัญชี
ธ.ไทยพาณิชย์	สาขาลาดพร้าว	ออมทรัพย์	047-2-20295-3
ธ.กรุงไทย	สาขาลาดพร้าว ซอย35	ออมทรัพย์	011-1-53535-2