

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากร  
 เลขที่รับ..... 406 /  
 วันที่..... 19 มี.ค. 61  
 เวลา..... 16.30 น.



มี.ค. 12

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่  
 เลขที่รับ..... 0031  
 วันที่..... 19 มี.ค. 2561  
 เวลา..... น.

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗ / ๐๓๐๓

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าประชุมและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

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

ด้วยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการ  
 ประชุมวิชาการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องจาก  
 โรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ จำนวน ๒ โครงการ ดังนี้

๑. การประชุมวิชาการเรื่อง IC Rama re-union 2018: What Infection Control Nurses Need  
 to Know ในวันที่ ๑๐-๑๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ ค่าลงทะเบียนอัตราคนละ  
 ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

๒. การประชุมวิชาการเรื่อง Emergency Care 2018 (การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน) ในวันที่ ๔-๘ มิถุนายน  
 ๒๕๖๑ ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ โดยค่าลงทะเบียนก่อนวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ อัตราคนละ ๕,๕๐๐ บาท  
 (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) และค่าลงทะเบียนตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ อัตราคนละ ๖,๐๐๐ บาท (หกพันบาทถ้วน)

ในการนี้ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านที่สนใจสมัครเข้าประชุมในแต่ละ  
 โครงการตามวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น (ค่าลงทะเบียนรวมค่าเอกสาร อาหารว่าง อาหารกลางวัน  
 และใบประกาศนียบัตร) ผู้เข้าประชุมสามารถเข้าประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่าย  
 ต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจากต้นสังกัด ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว (ตามหนังสือกระทรวงการคลัง  
 ที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว ๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ เรื่องระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของ  
 ส่วนราชการ พ.ศ. ๒๕๔๙) ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเข้ารับการประชุมวิชาการ และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่  
 ข้อมูลดังกล่าวให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นางแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดกระบี่  
 - เพื่อไปจดแจ้งราชการ

ขอแสดงความนับถือ

นพ. / นพ. /  
 ๒๑. มี.ค. ๖1

๓๐ มี.ค.  
 20- มี.ค. 2561  
 20 มี.ค. 2561

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกดา เดชประพนธ์)

รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายบริหาร (นางประภาพรรม สิริทิเวช)  
 วิทยาลัยการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพั  
 รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ใบสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่อง

IC Rama re-union 2018: What Infection Control Nurses Need to Know

วันที่ 10-11 พฤษภาคม 2561

ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

- ชื่อ ( นาย / นาง / นางสาว ) ..... นามสกุล .....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มั่งสวิรัต
- ชื่อ ( นาย / นาง / นางสาว ) ..... นามสกุล .....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มั่งสวิรัต
- ชื่อ ( นาย / นาง / นางสาว ) ..... นามสกุล .....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มั่งสวิรัต  
สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัดโรงพยาบาล.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ .....  
Email Address .....
- มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาริบัติ (4) เลขที่ 026-4-61661-9 จำนวนเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน) (ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน ใบประกาศนียบัตร และเอกสารการประชุม) รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมดจำนวน.....คน เป็นเงิน จำนวน.....บาท  
หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก  
\*\*ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด
- ขอให้ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม  
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....



QR Code ลงทะเบียนออนไลน์

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

- กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งโทรสาร ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารไปที่ หมายเลขโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐานที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608 หรือลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>
- ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
- รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก
- ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน  
หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608

## ใบจองห้องพัก

การประชุมวิชาการเรื่อง

**IC Rama re-union 2018: What Infection Control Nurses Need to Know**

วันที่ 10-11 พฤษภาคม 2561

ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

- ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) ( นาย / นาง / นางสาว ).....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ .....
- มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค (กรุงเทพฯ) ดังนี้
  - ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,600 บาทสุทธิ / วัน ( รวมอาหารเช้า )
  - ห้องพักคู่ ราคา 1,600 บาทสุทธิ / วัน ( รวมอาหารเช้า )โดย  ขอพักรวมกับ.....  
 ขอให้ทางโรงแรมจัดให้  
โดยเข้าพักโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.  
ออกจากโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.
- ส่งใบประสงค์จองห้องพัก ไปยัง

คุณเรืองรอง คำละกาย (จอย)  
ผู้จัดการฝ่ายขายห้องพัก  
โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค(กรุงเทพฯ)  
247 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม. 10400  
โทรศัพท์ 081-827-0100  
0-2290-0125 ต่อ 7123  
โทรสาร 0-2275-8577  
Internet [www.chaophyapark.com](http://www.chaophyapark.com)  
Email [sales.gov@chaophyapark.com](mailto:sales.gov@chaophyapark.com)

- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี **ไม่รับจองห้องพัก** และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมว่าได้รับใบจองห้องของท่านหรือไม่ **ก่อนวันที่ 4 พฤษภาคม 2561**

ใบสมัครเข้าร่วมวิชาการเรื่อง  
**Emergency Care 2018 (การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน)**

วันที่ 4-8 มิถุนายน 2561

ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

1. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มังสวิรัติ
2. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มังสวิรัติ
3. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) ..... นามสกุล .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มังสวิรัติ

สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัดหน่วยงาน.....

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

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

Email Address .....

4. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (2) เลขที่ 026-461653-8

ค่าลงทะเบียน	ก่อนวันที่ 15 พฤษภาคม 2561	ตั้งแต่วันที่ 15 พฤษภาคม 2561
ผู้สมัครเข้าร่วมวิชาการ	5,500 บาท	6,000 บาท

(ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน ใบประกาศนียบัตรและเอกสารการประชุม)

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

หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก

**\*\*ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด**

5. ขอให้ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....



QR Code ลงทะเบียนออนไลน์

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

- กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งโทรสาร ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารไปที่ หมายเลขโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐาน ที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608 หรือลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>
- ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
- รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าร่วมประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก
- ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน

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

## ใบจองห้องพัก

การประชุมวิชาการเรื่อง

### Emergency Care 2018 (การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน)

วันที่ 4-8 มิถุนายน 2561

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

- ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) ( นาย / นาง / นางสาว ).....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
ตำบล / แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ .....
- มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ ดังนี้
  - ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน ( รวมอาหารเช้า )
  - ห้องพักคู่ ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน ( รวมอาหารเช้า )โดย  ขอพักรวมกับ.....  
 ขอให้ทางโรงแรมจัดให้  
โดยเข้าพักโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.  
ออกจากโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.
- ส่งใบประสงค์จองห้องพัก ไปยัง

คุณผุสดี ทิพยกานนท์  
ผู้อำนวยการฝ่ายขายจัดเลี้ยง  
โรงแรมดิเอมเมอรัลด์  
ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม.10400  
โทรศัพท์ 0-2276-4567 ต่อ ฝ่ายจัดเลี้ยง  
081-890-1324  
โทรสาร 0-2276-4789  
Website: www.emeraldhotel.com  
E-mail : event@emeraldhotel.com

- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามธิบดี ไม่รับจองห้องพัก และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมที่ได้รับ  
ใบจองห้องของท่านหรือไม่ ก่อนวันที่ 21 พฤษภาคม 2561