



ส.ต. 86

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ..... 3342
วันที่..... 26 มี.ค. 2561
เวลา.....

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๕๓๕๖

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรฯ
เลขที่รับ..... 454
วันที่..... 27 มี.ค. 61
เวลา..... 10.00 น.

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้ารับการอบรมระยะสั้น เรื่อง การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย ทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้
ดำเนินการโครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรมีองค์ความรู้
ด้านกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่จำเป็น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และ
ทัศนคติของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จึงได้จัดการอบรมขึ้นระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม
๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ ทางสถาบันฯ ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและผู้ที่เกี่ยวข้องด้าน
ฉุกเฉินเข้ารับการอบรม โดยเสียค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) รับจำนวน ๑๐๐ คน ผู้เข้ารับ
การอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังโดยไม่ถือเป็นวันลา
ตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว
ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com ทางสถาบันฯ ขอสงวน
สิทธิ์ไม่คืนเงินในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ รับจำนวนจำกัด
หากเต็มจำนวนขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน นายแพทย์สาธิตพรชัย จังหัดข. ๖
- ส่งไปโปรดพิจารณา

(นายสรศักดิ์ โลห์จินดารัตน์)

๒๖ มีนาคม
27 มี.ค. 2561

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายเฉลิมพล ไอสถพรมา)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติราชการแทน

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔๘๐๘๘

www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

๒๗ มี.ค. ๒๕๖๑

โครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 24-26 กรกฎาคม 2561

โดย: งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ณ ห้องประชุม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

วัน เดือน ปี	08.00 น. - 09.00 น.	09.00 น.-12.00 น.	12.00 น.-13.00 น.	13.00 น.-16.00 น.	
24 ก.ค.2561	ลงทะเบียน (08.00น.-08.30น.) พิธีเปิด (08.30น. - 09.00 น.) นพ.สมเกียรติ ผลิตวงศา ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี	9.00น. - 10.30น. Pediatric Emergency Problems นพ.ธัญญ์ณัฐ มุมนาค	10.30น.-12.00น. MOPH ED Triage Guideline นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา	13.00น.-14.30 น. Cardiovascular Emergency นพ.ชัยสิทธิ์ แสงทิวสิน	14.30-16.00 น. Nursing Management with Respiratory Problems อ.ศิรินทิพย์ ยูฐิติ
25 ก.ค.2561	08.30น. - 10.30 น. Neonatal Emergency Problems พญ.วารวรณ์ แสงทิวสิน	10.30น.-12.00น. Dengue Emergency Shock Management ศ.คณินิกงพญ.ศิริเพ็ญ กัถยานรุ่ง (WHO CC for cases Management of dengue/ /DHF/DSS)	Workshop 13.00น.-16.00 น.		
26 ก.ค.2561	08.30น. - 10.30น. Neurological Emergency Management นพ.ธนิษฐ เวชชานันท์	10.30-12.00น PALS Provider 2015 จ.จริญญา ไทยแท้	13.00น.-14.30น Nursing Management with Pediatric Surgery Problems อ.ปานจิตต์ พรหมโชติ	14.30น.-16.00 NB resuscitation จ.ศุภศิริ ช้อยทอง จ.บุษกร กาญจนพัฒน์ - ประเมินผลการอบรม - ปิดการอบรม	

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
 “การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน”
 วันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑
 ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี
 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า นาย นาง นางสาว

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน ที่อยู่เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ต่อ โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม นามบุคคลลงทะเบียน อื่น ๆ ระบุ

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อิสลาม ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
 (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน ตรวจสอบรายชื่อได้ที่ www.childrenhospital-training.com

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์ / โทรสาร / E-mail

โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ / E-mail : qsnich.training@gmail.com

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณปานจิตต์ เพิ่มชาติ

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียน
 ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2561 เป็นต้นไป



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน โครงการอบรมหลักสูตร การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน



Company Code: 9656

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9656

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการอบรมหลักสูตร เรื่อง "การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

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