



สำนักงานบริหารการดูแลจังหวัดกระบี่  
เลขที่รับ 1224  
วันที่ 8 ก.พ. 2565  
เวลา.....น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/๕๓๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๖ มกราคม ๒๕๖๕

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
เลขที่รับ โทร. 62  
วันที่ 08 ก.พ. 2565  
เวลา.....น.

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรค และพยาธิสภาพที่สำคัญทางกุมารศัลยศาสตร์ มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาศัลยกรรม ทราบหลักการรักษาเบื้องต้นและแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางศัลยกรรม ให้กับพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลศัลยกรรมเด็ก จำนวน ๑๒๐ คน ในวันที่ ๒๕ - ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕ ถ่ายทอดจากห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑-๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลศัลยกรรมเด็ก เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์ โดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) ทั้งนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอ CNEU ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เมื่อจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๒๐ คน ขอปิดรับสมัคร ดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



ขอแสดงความนับถือ

*Val*

(นางสาวนัยนา ณีตะนันท์)

*ดร. อภิมาศ*  
*Dr. Apimasa*

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

ผู้อำนวยการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

[www.childrenhospital-training.com/](http://www.childrenhospital-training.com/) Email address: [qsnych.training@gmail.com](mailto:qsnych.training@gmail.com)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- เพื่อโปรดทราบ

- เห็นควรประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

๒๖ ก.พ. ๒๕๖๕

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิทราราชินี  
 “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” วันที่ 25 – 29 เมษายน 2565

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิทราราชินี

ว/ด/ป	08.00-08.30 น.	08.30-08.45 น.	08.45-09.45 น.	10.00 - 12.00 น.	13.00-14.30 น.	14.45-16.15 น.	
จันทร์ 25 เมย. 2565	ลงทะเบียน	พิธีเปิด โดย ผู้อำนวยการ สถาบันสุขภาพเด็ก	New Normal Management in Pediatric Surgery Care พว.เสริมศิริ	การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยศัลยกรรมในเด็ก ผศ.ดร.สุวิมล โรจนาวี	Common Pediatric Neurosurgical Problems นายแพทย์ศิริชัย ปิยะชน	N.C. of Neurological Problems พว.ปัทมา แก้วเปรม	
			บุญมัน				
อังคาร 26 เมย. 2565	ลงทะเบียน	Common Problems in Pediatric Orthopedics น.พ.วีระศักดิ์ ธรรมคุณานนท์	08.00 - 09.00 น.	09.30 - 11.00 น.	Problems in Neonatal Surgery : Non-GI System พ.ญ.อัจฉริยา ทองสิน	14.45-15.45 น.	
				การพยาบาลเด็กโรคกระดูกหักและข้อเคลื่อน พว.จรัพร ศรีแสงยิ่งเจริญ			11.00 - 12.00 น.
พุธ 27 เมย. 2565	ลงทะเบียน	Burns พ.ญ.มนสุดา กาญจนธารานนท์	08.00 - 09.00 น.	09.30 - 10.30 น.	Surgical GI diseases I พ.ญ.วรรณนิสา ภูเจริญ	Pain Management พ.ญ.สุทธิรักษ์ คุรุทงษา	
				Miscellaneous Pediatric Surgical Problems นายแพทย์จรรย์พงษ์ น้อยคำแย			10.30 - 12.00 น.
พฤหัสบดี 28เมย. 2565	ลงทะเบียน	N.C. of Most common Neonatal Surgery พว.พิพรรณณ สุวรรณพล	08.00 - 09.30 น.	10.00 - 12.00 น.	N.C. of GI Pediatric Surgical Problems พว.ชุติมา สุตประเสริฐ	Common Pediatric Urological Problem น.พ.อุกฤษ เกษทอง	
				Work shop (08.30 - 12.00 น.)			13.00 - 15.00 น.
ศุกร์ 29 เมย. 2565	ลงทะเบียน	1.Rectal Irrigation กลุ่มที่ 1 พว.พรพิมล สาสกุล, พว.นภาพกรณ์ คำจิตรศรี(08.30 - 09.00 น.) 2.CVC Care กลุ่มที่ 2 พว.นราภรณ์ พิสิทธิ์การ,พว.สุกัญญา เพชรมนโร(09.00 - 09.30 น.) 3. ICP monitoring & EVD care กลุ่มที่ 3 พว.เรณู สอนคำมี, พว.ปัทมา แก้วเปรม(09.30 - 10.00 น.) 4. Pain in pediatric surgery กลุ่มที่4พว.กานดา เล้าพิศโลมจิตร,พว.สปีณัฐริง อุตมนवलกุล(10.30-11.00 น.) 5.Split and Ambulate กลุ่มที่ 5 พว.จิตรรัตน์ จันทร์หมื่น,พว.สุมลทิพย์ ชมพูนุช(11.00 - 11.30 น.) 6.Ostomy care กลุ่มที่ 6 พว.พิพรรณณ สุวรรณพล,พว.พรรัตน์ ละครเขต(11.30 - 12.00 น.)	Work shop (08.30 - 12.00 น.)			Highlight N.C. of Pediatric Surgery พว.อัศรสร สตาพรจนา	Q & A พิธีปิดการอบรม
				หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 -10.30 น. (30 นาที/ 1 Station)			

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม  
เรื่อง “ปัญหาศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”

วันที่ ๒๕ - ๒๙ เมษายน ๒๕๖๕

ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน > อัตราค่าลงทะเบียน ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next

โอนผ่านตู้ ATM

โอนผ่านธนาคาร

**ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม**

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

E-mail address ..... ID LINE: .....

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่  ไม่เคย  เคย ระบุปีที่อบรม.....

ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้เข้าอบรม  หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน .....

**ผู้ประสานงาน** คุณนงรัตน์ จันทิ หรือ คุณวไลพร เพ็องสูงเนิน กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด ชั้น ๑๑  
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๓๔ (ในเวลาราชการ)

**หมายเหตุ** ● เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายัง Email: qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

● ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน ๗ วันได้ที่

www.childrenhospital-training.com

● ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
(ปัญหาศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก)



Company Code: 9611

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2): .....

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3): .....

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 3,800.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท . เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9611

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ปัญหาศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก)

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 .....