

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
รับเลขที่ 1159  
ที่ สธ ๐๓๑๘/๖๗๘๔  
เวลา 16.07



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ 5099  
วันที่ 14 มิ.ย. 2559  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๙ มิถุนายน ๒๕๕๙

เรื่อง ขอแจ้งเปลี่ยนแปลงวันที่อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาลเรื่อง  
"Update on Well Child Care: Investment for the Future"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัย/วิทยาลัยพยาบาล  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ  
๒. แบบตอบรับ  
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

อ้างถึง หนังสือที่ สธ ๐๓๑๘/๖๗๘๔ ลงวันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ตามที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติ  
ให้ดำเนินการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาลเรื่อง "Update on Well Child Care: Investment  
for the Future" ในวันที่ ๑ - ๒ กันยายน ๒๕๕๙ ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๓ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี  
นั้น เนื่องจากเหตุขัดข้องไม่สามารถจัดอบรมตามวันเวลาดังกล่าวได้ จะขอเปลี่ยนแปลงเป็น วันที่ ๘ - ๙ กันยายน  
๒๕๕๙ ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถานที่และเวลาคงเดิม

ในการนี้สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็น  
ประโยชน์ ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ ที่ทำงานเกี่ยวข้อง  
กับการดูแลสุขภาพเด็ก เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน  
๑๐๐ คน ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย  
ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๙ ขั้นตอนการสมัคร  
เข้าอบรมมีดังนี้

๑. ตาวานีโหลดใบชำระเงิน (Code ๙๖๐๘) นำไปชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขา  
ตั้งแต่วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๕๙ เป็นต้นไป
  ๒. เมื่อชำระเงินเรียบร้อยแล้ว ให้ส่งใบตอบรับมาที่ Fax. ๐๒ - ๓๕๔๘๐๘๘๘ หรือลงทะเบียนออนไลน์  
ยืนยันการชำระเงินที่เว็บไซต์ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) รับจำนวน ๑๐๐ คน หากเต็มจำนวนขอปิด  
การรับสมัคร ในกรณีผู้เข้าอบรมชำระเงิน แล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี
- ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) หรือติดต่อ  
ผู้ประสานงานคุณนงรัตน์ จันท์ และคุณวไลพร บุญเตี้ย ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ - ๘๓๔๕๖๓๔ โทรสาร. ๐๒ - ๓๕๔๘๐๘๘๘  
ในวันและเวลาราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
- เพื่อโปรดทราบ.....  
เห็นควร..... (ชื่อ รพ.อุท) รพ

ขอแสดงความนับถือ

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

ผู้ทรงคุณวุฒิ  
นักวิชาการสาธารณสุข

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
(นายสุจิน คันสร)

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ  
โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘  
E-mail: [qs nich.training@gmail.com](mailto:qs nich.training@gmail.com)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

A

**ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม**  
**อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล**  
**เรื่อง “Update on Well child care: Investment for the future ”**  
**(การลงทุนเพื่ออนาคต เริ่มต้นที่คลินิกสุขภาพเด็กดี)**  
**วันที่ ๘ - ๙ กันยายน ๒๕๕๙**  
**ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**  
**สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....  
เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน .....ที่อยู่เลขที่.....  
ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... ต่อ ..... โทรสาร.....  
E-mail address .....

ประเภท  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์  โรงพยาบาลเอกชน  
 อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน  ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)  
ออกใบเสร็จ  นามบุคคล  ประเภทอื่น ระบุ.....

ประเภทอาหาร  อาหารทั่วไป  อิสลาม  ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา  
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน กรอกข้อมูลในใบตอบรับการเข้าอบรมทางโทรสาร (หมายเลข ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)  
หรือ ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร บุญเตี้ย  
กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐  
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

**หมายเหตุ** ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน  
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียน  
ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล  
เรื่อง Update on Well child care: Investment for the future  
(การลงทุนเพื่ออนาคต เริ่มต้นที่คลินิกสุขภาพเด็กดี)

วันที่ 8 - 9 กันยายน 2559

ณ ห้องประชุมสถาบันฯ ชั้น 13 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพฤหัสบดีที่ 8 กันยายน 2559

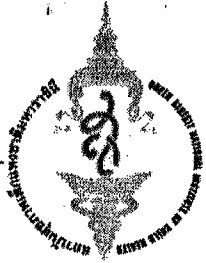
8.00 – 8.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 09.00 น.	Health Service system in child health supervision รศ.คลินิก แพทย์หญิงศิริภรณ์ สวัสดิ์วาร
09.00 – 10.00 น.	Strategies for promoting parent – interaction รศ. นายแพทย์สุริยเดว ทรีปาตี
10.00 – 10.45 น.	Common parental concerns about child behavior ผศ. แพทย์หญิงปราณี เมืองน้อย
10.45 – 11.00 น.	Coffee Break
11.00 – 12.00 น.	Update Vaccination 2016 รศ.พิเศษ นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์ พว.รัชนิกร พัยคชะโส
12.00 – 13.00 น.	LUNCH
13.00 – 13.45 น.	Early detection and intervention of common eye problems แพทย์หญิงขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์
13.45 – 14.30 น.	Early detection and intervention of common ENT problems แพทย์หญิงภาวิณี อินทกรณ์
14.30 – 15.30 น.	Injury prevention แพทย์หญิงรัชดา เกษมทรัพย์
15.30 – 16.00 น.	ถาม – ตอบ Coffee Break in room

\*\*\*หมายเหตุ เวลาการบรรยายอาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของวิทยากร

วันศุกร์ที่ 9 กันยายน 2559

08.30 – 10.15 น.	Developmental management in pediatric primary care: screening and intervention แพทย์หญิงรัตโนทัย      พลับรุ่งการ แพทย์หญิงนัยนา              ณีศะนันท์ พว.ศกามาศ                  มังกรเจริญกุล
10.15 – 10.30 น.	Coffee Break
10.30 – 11.30 น.	Common skin problems in infant แพทย์หญิงศรีศุภลักษณ์      สิงศาลวณิช
11.30 – 12.15 น.	Nursing's role in well baby clinic พว.พวงพร      กอจรัญจิตต์
12.15 – 13.15 น.	LUNCH
13.15 – 15.15 น.	Work Shop 4 group Group 1 Vision screening พว.ปราณี      นาเมืองรักษ์ Group 2 Update in pediatric prevention oral health care: primary care/ Injury Care - ทันตแพทย์หญิงประไพ      ชุณหคล้าย /ทีมงานทันตกรรม Group 3 Promote Healthy eating behavior - นางสาวพิชามณูชู่      เลิศธนาไพจิตร / พว.พิริยา      วรรณะภุติ /พว.ชลดา      อินทรสังขนาวิน Group 4 How to early detection development disorder via DSPM - พว.ซิม      สกฤษณ์/พว.สมิตรา      อ่าวจินดา/พว.อภิรัตน์      ภิรมย์กิจ /พว.วิไลรักษ์      บุษบรรณ/พว.ฐานวีร์      ธนชัยบุบผารมย์ /พว.ชนัญญา      คำไชยเทพ

\*\*\*หมายเหตุ เวลาการบรรยายอาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของวิทยากร



## สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล เรื่อง "Update on Well child care:

Investment for the future "

\*\*\*\*\*



Company Code: 9608

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

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

### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 2,000.- บาท / ท่าน

### การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสด และหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงเทพ



กรุงเทพ

Company Code: 9608

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล

สาขา.....

"Update on Well child care: Investment for the future ") 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 .....