

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่ 1438
วันที่ ๑๕ ก.ค. ๒๕๕๙
เวลา ๗.๒๙



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ ๖๕๒๒
วันที่ 15 ก.ค. 2559
เวลา 10-09
เวลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กทม.๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗ / ๐๖๖๐

วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตเข้าประชุมวิชาการ

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

ด้วยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง *Cardiac rhythm : theory, analysis & nursing care for critical care nurses*
สำหรับพยาบาลประจำการ ในหอผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาล จากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษา
พยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ในวันที่ ๒๕-๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๙ ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ขออนุญาตบุคลากรและผู้สนใจในสังกัดของท่าน สมัครเข้าประชุมครั้งนี้
ดังรายละเอียดของโครงการที่แนบมาพร้อมนี้ โดยเก็บค่าลงทะเบียน อัตราคนละ ๔,๕๐๐ บาท -สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน
(รวมค่าเอกสาร ใบประกาศนียบัตร อาหารว่างและอาหารกลางวัน) และผู้เข้าประชุมสามารถเข้าประชุมได้ โดยไม่ถือเป็น
วันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจากต้นสังกัด(ตามหนังสือ
กระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว ๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ เรื่องระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายใน
การฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๕๕) ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรพยาบาลในสังกัดเข้ารับการประชุมวิชาการ และเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าว
ให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควร ๑๕ ก.ค. ๒๕๕๙

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกดา เดชประพนธ์)

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

รองผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

(นายสุชิน คันตร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ใบสมัครเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

Cardiac rhythm : theory, analysis & nursing care for critical care nurses

วันที่ 25-27 สิงหาคม 2559

ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

1. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสวี่รดี
2. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสวี่รดี
3. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสวี่รดี
- สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัดโรงพยาบาล.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ
- Email Address
4. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (6) เลขที่ 026-4-42065-2 จำนวนเงิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) (ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน ใบประกาศนียบัตร และเอกสารการประชุม) รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมดจำนวน.....คน เป็นเงิน จำนวน.....บาท
- หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก
- **ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด
5. ขอให้ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

1. 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/>
 2. ท่านจะได้รับการตอบรับเข้าร่วมประชุม โดยทางอินเทอร์เน็ตตามลำดับการสมัครของผู้สมัครเข้าร่วมประชุม ซึ่งสามารถตรวจสอบลำดับที่และรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
 3. รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าร่วมประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก
 4. ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน
- หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608

ใบจองห้องพัก

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

Cardiac rhythm : theory, analysis & nursing care for critical care nurses

วันที่ 25-27 สิงหาคม 2559

ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ

- ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ
- มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค (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

คุณชนิดา นิชรตัน

ผู้จัดการฝ่ายขายอาวุโส

โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค(กรุงเทพฯ)

247 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม. 10400

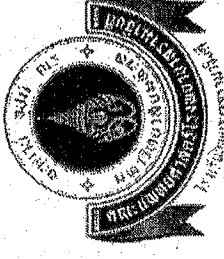
โทรศัพท์ 0-2290-0125 ต่อ 7153

โทรสาร 0-2275-8577

Internet www.chaophyapark.com

Email chalida@chaophyapark.com

- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี ไม่รับจองห้องพัก และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมที่ได้รับ
ใบจองห้องของท่านหรือไม่ ก่อนวันที่ 19 สิงหาคม 2559



วิธีดำเนินการประชุม

- การบรรยาย
- การฝึกปฏิบัติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้เข้าประชุมสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจทั้งชนิดปกติและผิดปกติ ให้การดูแล ฝังแร่รังสีและการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะได้

ผู้เข้าร่วมประชุม

- พยาบาลประจำการ ในหอผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาล
- สังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- พยาบาลประจำการ ในหอผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินจากโรงพยาบาล และสถาบันการศึกษาต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ
- จำนวนทั้งหมด 150 คน

การส่งใบสมัคร

- 1.ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> หรือ
2. หลังจากโอนเงินผ่านธนาคารเข้าบัญชีของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดีแล้ว กรุณาส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการเงิน (สลิปการโอนเงินที่ธนาคารออกให้) มายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดีที่โทรสารหมายเลข 02-201-2011 หลังจากที่ได้รับใบสมัครแล้วขอให้โทรศัพท์สอบถามว่าเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารที่ทันส่งมาครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ ที.เบอร์โทร ศีพท์หมายเลข 02-201-1608, 02-201-1512 และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ให้ท่านตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>

ค่าลงทะเบียนและค่าธรรมเนียม

ค่าลงทะเบียนจำนวน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) รวมค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง เอกสารประกอบการประชุมและใบประกาศนียบัตร การสมัครโดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ จ. ไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี ซอยบัญชี

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดี (6)

เลขที่บัญชี 026-4-42065-2
ไม่รับลงทะเบียนทางธนาคาร

หน่วยงานแผนการศึกษาต่อเนื่อง

อยู่ระหว่างทางพิจารณาจากสภาการพยาบาล

ผู้รับผิดชอบโครงการ

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ติดต่อรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางพยาบาลรามาธิบดี
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร.(02) 201-1608, (02)201-1512
โทรสาร (02) 201-2011
ท่านสามารถเข้าไปดูรายละเอียดเพิ่มเติมและ Download เอกสารได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing>

การประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง
**Cardiac rhythm : theory,
analysis & nursing care
for critical care nurses**

วันที่ 25-27 สิงหาคม 2559
ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค กรุงเทพฯ