

ที่ ส.วทท./๐/๒๕๕๙



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ 11078
วันที่ 12 มี.ค. 2559
สมาคมศิษย์เก่า
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์
และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่ 2668
วันที่ ๒๑ มี.ค. ๒๕๕๙
เวลา ๙.๑๑

๕๖ ม.๑ ต.ราชग्रีนิยม อ.ไทรน้อย
จ.นนทบุรี ๑๑๑๕๐

๗ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์ และเชิญสมัครเข้าร่วม โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการใช้รหัสทางการแพทย์
ในระดับ Advance

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาล
เอกชน/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร/กรมการแพทย์และโรงพยาบาลสังกัด
มหาวิทยาลัยทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการใช้รหัสทางการแพทย์ในระดับ Advance จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครโครงการฯ จำนวน ๑ ชุด
๓. ใบสำรองห้องพัก จำนวน ๑ ชุด

ด้วย วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้าน การใช้รหัส
ทางการแพทย์ในระดับ Advance รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐ รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๕-๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐
ณ โรงแรมเวสต์เกตเรสซิเดนซ์ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการเครือข่ายบริการ
สุขภาพสิ่งสำคัญคือบุคลากรในระบบสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกันได้เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์แท้จริงและ
ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เห็นว่าโครงการดังกล่าว
เป็นประโยชน์ต่อศิษย์เก่าของวิทยาลัยฯ หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งนี้ขอให้ผู้ที่สนใจ
ส่งใบสมัครเข้าร่วมประชุมโครงการพร้อมด้วยชำระค่าลงทะเบียน จำนวน ๓,๙๐๐ บาท/ท่าน โดยโอนเงิน
เข้าบัญชี สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก บัญชีเลขที่ ๓๓๙-๐-๓๒๙๔๔-๕
สาขาลาดหลุมแก้ว (แยกนพวงศ์) และส่งเอกสาร ใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินมาที่เบอร์แฟกซ์ ๐ ๒๑๕๐ ๑๒๐๒
หรือ E-mail : Kmphtservice@hotmail.com ภายในวัน ๖ มกราคม ๒๕๖๐ โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ และค่าที่พัก เบิกจ่ายเงินจากต้นสังกัด ของผู้เข้าร่วมโครงการ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดของท่าน สมัครเข้าร่วมโครงการดังกล่าว
ในครั้งนี้ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควร ใ้ชื่อ สท. กต. แก้ว ขน

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาววิภาสิริ ชูวงศ์ตระกูล)

นายกสมาคมศิษย์เก่า

.....
.....
ศุภการ์ตน วิงษ์ยศ

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี

ดำเนินการ

(นายสุชิน คันคร)

นักวิชาการสาธารณสุข
สมาคมศิษย์เก่า/ฝ่ายบริการวิชาการ
โทร. ๐ ๒๑๕๐ ๑๒๐๓-๘ ตีอ ๑๑๐๙-๑๐
โทรสาร ๐ ๒๑๕๐ ๑๒๐๒
E-mail : Kmphtservice@hotmail.com

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการให้รหัสทางการแพทย์ ในระดับ Advance

ผู้รับผิดชอบโครงการ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ร่วมกับภาควิชาเวชระเบียน และงานบริการวิชาการแก่สังคม วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การพัฒนาและเสริมสร้างสมรรถนะกำลังคนในระบบบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ : พัฒนาระบบบริการวิชาการ ขยายขอบเขตการบริการวิชาการที่เป็นเลิศ เพื่อพัฒนาบุคลากรในระบบบริการสุขภาพตอบสนองต่อความต้องการระบบบริการสุขภาพ ด้วยระบบการบริการวิชาการที่ทันสมัย เป็นมืออาชีพ และหลากหลายในบริการ

หลักการและเหตุผล

จากการนำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาใช้ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน รัฐบาล ได้จัดสรรงบประมาณในการให้บริการไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือสถานบริการที่มีหน้าที่ให้บริการ โดยตรง สำหรับคำรักษาพยาบาลจำเป็นต้องมีข้อมูลการให้บริการ อาทิ โรค สาเหตุการเกิดโรค การให้การ รักษาพยาบาล และคำรักษาพยาบาล ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ซึ่งในการจัดทำข้อมูล สถิติ และรายงานดังกล่าว เป็นหน้าที่รับผิดชอบหลักของเจ้าพนักงานเวชสถิติ/นักสถิติ/นักวิชาสาธารณสุข (เวชระเบียน) หรือผู้เกี่ยวข้องที่ได้รับมอบหมาย และส่งให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาเบิกจ่ายคำรักษาพยาบาล หรือจัดสรร งบประมาณให้แก่สถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้ในการจะได้มาซึ่งข้อมูลที่มีความถูกต้อง ครบถ้วนนั้นการให้รหัส โรค รหัสผ่าตัดและหัตถการจากการวินิจฉัยของแพทย์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้รหัสให้ ได้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อประโยชน์ต่อองค์กร การพัฒนางานการรักษา การป้องกันโรค และการ ส่งเสริมสุขภาพประชาชน

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานที่มีหน้าที่ให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการในโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่าผู้ปฏิบัติงานต้องการพัฒนาตนเองให้สามารถให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วย เป็นโรคมกกว่าหนึ่งโรค แพทย์ให้การรักษหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งผู้ให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการควรมี ความรู้ความเข้าใจแนวทางการให้รหัสที่ซับซ้อน และให้รหัสได้อย่างถูกต้อง รวมถึงเข้าใจหลักเกณฑ์การ เบิกจ่าย ซึ่งจะส่งผลให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้และนำมาใช้ประโยชน์ได้มาก ที่สุด

ในการนี้เพื่อพัฒนาบุคลากรด้านเวชระเบียนให้มีความรู้ความสามารถในการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัด และหัตถการ ที่ซับซ้อน สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ร่วมกับวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จึงได้จัดทำโครงการ “อบรมเชิง ปฏิบัติการด้านการให้รหัสทางการแพทย์ ในระดับ Advance” ขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ ให้มีความรู้ความสามารถในการให้รหัสทางการแพทย์ที่ซับซ้อน
๒. เพื่อให้มีความเข้าใจถึงเกณฑ์การให้รหัสทางการแพทย์เพื่อการเบิกจ่ายเงิน
๓. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการรหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ

กลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ที่ปฏิบัติงานการรหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการในหน่วยงานเวชระเบียนของโรงพยาบาลสังกัด
รัฐบาลและเอกชน จำนวน ๑๐๐ คน
 ๒. วิทยากร จำนวน ๑๑ คน
 ๓. ผู้จัดการอบรม จำนวน ๑๐ คน
- รวมทั้งสิ้น ๑๒๑ คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. นำผลการสรุปความต้องการอบรมจากแบบสำรวจ และการสอบถามมาเป็นแนวทางในการจัดทำ
โครงการ
๒. ประชุมวางแผนการดำเนินโครงการและจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับพัฒนาความรู้ด้านการ
ให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการในระดับ advance
๓. จัดทำโครงการและนำเสนอเพื่อขออนุมัติดำเนินการ
๔. ประชาสัมพันธ์โครงการ ผ่าน website ของวิทยาลัย
๕. รับสมัครผู้เข้ารับการอบรม
๖. เตรียมวัสดุการอบรม และจัดทำเอกสารคู่มือประกอบการอบรม
๗. ประชุมวิพากษ์หลักสูตร
๘. ดำเนินการจัดอบรมตามแผนการดำเนินโครงการ
๙. ทดสอบความรู้ ความสามารถผู้เข้าอบรมหลังจากการอบรม
๑๐. ประเมินและสรุปผลโครงการ
๑๑. สรุปผลการดำเนินการเสนอต่อผู้บริหาร

สถานที่ดำเนินการ

โรงแรม WESTGATE RESIDENCE HOTEL อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

ระยะเวลาดำเนินการ

วันที่ ๑ วันที่ ๑๙-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐

วันที่ ๒ วันที่ ๑๕ - ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๐

งบประมาณได้รับจากค่าลงทะเบียนของผู้เข้าร่วมโครงการ คนละ ๓,๕๐๐ บาท จำนวน ๒ รุ่นๆ ละ ๑๐๐ คน เป็นจำนวนเงิน ๗๕๐,๐๐๐ บาท (เจ็ดแสนแปดหมื่นบาทถ้วน) ถัวเฉลี่ยจ่ายทั้งโครงการ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน จากการลงทะเบียน รุ่นที่ ๑ และ รุ่น ๒

- ๑.) ค่าอาหารกลางวัน
- ๒.) ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- ๓.) ค่าสมนาคุณวิทยากร(เอกชน)
- ๔.) ค่าสมนาคุณวิทยากร(รัฐบาล)
- ๕.) ค่ากระเป๋าเอกสารในการประชุม
- ๖.) ค่าวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานประชุม
- ๗.) ค่าบริหารจัดการ โครงการ
- ๘.) ค่าถ่ายเอกสารประกอบการประชุม

หมายเหตุ โดยขอถัวเฉลี่ยจ่ายทุกรายการ

การประเมินผล

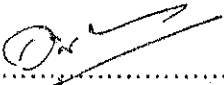
- จากการสังเกต
- แบบประเมินโครงการ
- แบบทดสอบความรู้ ความสามารถการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ

ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์

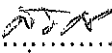
๑. ร้อยละ ๘๐ ของผู้เข้ารับการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความสามารถในเนื้อหาหลักสูตรที่กำหนด หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม
๒. ร้อยละ ๘๐ ของผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจต่อโครงการอบรมระดับดีขึ้นไป
๓. ร้อยละ ๘๐ ของหน่วยงานต้นสังกัดผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะของบุคลากร ภายหลังจากการอบรมอยู่ในระดับดี

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

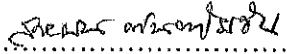
๑. ข้อมูลในระบบบริการสุขภาพมีความถูกต้อง ผลการตรวจสอบคุณภาพมีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น
๒. ร้อยละ ๘๐ ของหัวหน้างานผู้เข้ารับการอบรมมีความพึงพอใจต่อการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการหลังอบรมไปแล้ว ๓ เดือน
๓. นำความรู้ที่ได้จากการบริการวิชาการมาใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนรายวิชา รหัสทางการแพทย์ ๓ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ ๒


.....
(นายอุทัย ทับทอง)
วิทยากรปฏิบัติการ

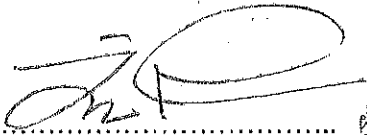
ผู้เขียนโครงการ


.....
(นายสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์)
วิทยากรปฏิบัติการ

ผู้เสนอโครงการ

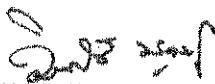

.....
(นางสายฝน ตันตะโยธิน)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการวิชาการแก่สังคม

ผู้เห็นชอบโครงการ


.....
(นายวินัย สยอวรรณ)
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
รักษาการผู้อำนวยการ

ผู้เห็นชอบโครงการ

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี


.....
(นางสาววิภาศิริ ชูวงศ์ตระกูล)
นายกฯสมาคมศิษย์เก่า

ผู้อนุมัติโครงการ

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี

กำหนดการจัดอบรม

วันที่ ๑

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียน	งานบริการวิชาการ
๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น.	พิธีเปิดการอบรม	ผอ.วทท.
๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	- ความแตกต่างระหว่าง ICD 2010 กับ ICD 2016 - ความแตกต่างระหว่าง ICD9CM 2010 กับ 2015 - DRG Version 6.0	ผศ.นพ.พรณรงค์ โชติวรรณ
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.	Best practice - รพ.สังกัดรัฐบาล - รพ.เอกชน	อภิปรายกลุ่มทั้งหมด ๕ คน

วันที่ ๒

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	การให้รหัสทางการแพทย์ที่สำคัญและมีผลต่อการเบิกจ่าย	นพ.ศุภศิลาภิ จำปานาค
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.	ฝึกปฏิบัติการให้รหัสทางการแพทย์ที่สำคัญและมีผลต่อการเบิกจ่าย	นพ.ศุภศิลาภิ จำปานาค ร.อ.ชนันท์ ณ์ทชพงค์ อ.พรมาศ สาระเวก อ.ยาหี คงหมวก อ.อุทัย ทับทอง อ.อำไพ วงศ์สุวรรณ อ.พิชญ์วรา จันทร์เยี่ยม อ.ทีปกรณ สุพิทักษ์ อ.สายสุณี คุ่มครองญาติ อ.สุพัตรา พิมพา อ.สุกานดา สุขศาลา อ.ลลิตา ท้าวกัลยา

วันที่ ๓

เวลา	กิจกรรม	วิทยากร
๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	เกณฑ์การให้รหัสทางการแพทย์เพื่อการเบิก จ่ายเงิน ปิงบประมาณ ๒๕๖๐	นพ.ศุภศิลป์ จำปานาค
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	รหัสผิดพลาดที่พบบ่อย	อ.ณัฐพงศ์ อนุวัตรขรรยง

หมายเหตุ :- เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น. และเวลา ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น. รับประทานอาหารว่าง

ใบสมัครเข้าร่วมประชุม

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการใช้รหัสทางการแพทย์ในระดับ Advance

ณ โรงแรม เวสต์เกตเรสซิเดนซ์ อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๘-๒๐ มกราคม ๒๕๖๐

รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๕-๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐

หมายเหตุ : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในรุ่นที่ท่านต้องการเข้าร่วมอบรม

๑. รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม

๑.๑ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....

E-mail.....

๑.๒ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....

E-mail.....

๑.๓ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....

E-mail.....

๑.๔ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....

E-mail.....

๒. ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....

๓. การเข้าร่วมอบรม สามารถเข้าร่วมอบรมได้ ไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้

๔. ประเภทอาหารที่ต้องการ มังสวิรัติ อิสลาม ทั่วไป

กรุณาตอบกลับภายในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๐ ส่งมาที่ ฝ่ายบริการวิชาการแก่สังคม

๕๖ หมู่ ๑ ตำบลราษฎร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๕๐

โทรสาร ๐ ๒๑๕๐ ๑๒๐๒ หรือ E-mail : Kmphtservice@hotmail.com

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ๐ ๒๑๕๐ ๑๒๐๓-๘ ต่อ ๑๑๐๙,๑๑๑๐



WESTGATE RESIDENCE
HOTEL

แบบสำรองห้องพัก (ฉบับที่ 1)

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการให้รหัสทางการแพทย์ ในระดับ Advance

18-20 มกราคม 2560

ณ โรงแรมเวสต์เกตเรสซิเดนซ์ จ.นนทบุรี

โปรดติดต่อสำรองห้องพักโดยตรงที่โรงแรมเวสต์เกตเรสซิเดนซ์ “ภายในวันที่ 5 มกราคม 2560”

โดยส่งโทรสาร ถึง คุณบุษกร เจียรระโนวชิระ (แอน) หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 080-442-3229 (Line) , 063-272-1171

หมายเลขโทรสาร 02-924-7713 Email : Sales2@westgate-residence.om

ขอสำรองห้องพัก

○ ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500.- บาท รวมอาหารเช้า จำนวน ห้อง

○ ห้องพักรู้อยู่ ราคา 1,500.- บาท รวมอาหารเช้า จำนวน.....ห้อง

ชื่อผู้เข้าพัก 1.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
พักรู้อยู่.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
2.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
พักรู้อยู่.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
วันที่เข้าพัก.....เวลาน. วันที่ออกจำนวนคืน

รายละเอียดผู้จอง

ชื่อหมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

หมายเหตุ

***ห้องพักที่ท่านจองข้างต้นจะยังไม่ได้รับการยืนยันจนกว่าทางโรงแรมฯ จะส่งเลขที่บัญชีธนาคารของโรงแรมฯ
ให้กับท่านเพื่อให้ท่านทำการโอนเงินค่าห้องพักทั้งหมดก่อน***



WESTGATE RESIDENCE
HOTEL

แบบสำรองห้องพัก (ฉบับที่ 2)

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการให้รหัสทางการแพทย์ ในระดับ Advance

18-20 มกราคม 2560

ณ โรงแรมเวสต์เกตเรสซิเดนซ์ จ.นนทบุรี

เรียน คุณหมายเลขโทรศัพท์.....

ทั้งนี้ทางโรงแรมได้ส่งแบบฟอร์มการโอนเงิน เพื่อให้ท่านแนบหลักฐานการโอนเงิน ส่งกลับมาให้ทางโรงแรม เพื่อทางโรงแรมจะได้ยืนยันการสำรองห้องพักให้กับท่าน

การชำระเงิน

กรุณาโอนเงินค่าห้องพัก ผ่านทางธนาคาร และส่งหลักฐานการโอนเงินธนาคารถึง คุณบุษกร เจียรระโนวจิระ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 080-442-3229 , 063-272-1171 หมายเลขโทรสาร 02-924-7713

Email : Sales2@westgate-residence.com “สิ้นสุดภายในวันที่ 10 มกราคม 2560”

ชื่อบัญชี “บริษัท ฟูลไทย พร็อพเพอร์ตี้ จำกัด”

ธนาคาร กรุงเทพ จำกัด สาขาบางใหญ่-นนทบุรี

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 221-421791-7

หมายเหตุ โรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใด ๆ

สำหรับติดใบ โอนเงินจากธนาคาร หรือ ใบสลิป ATM



WESTGATE RESIDENCE
HOTEL

แบบสำรองห้องพัก (ฉบับที่ 1)

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการให้รหัสทางการแพทย์ ในระดับ Advance

15-17 มีนาคม 2560

ณ โรงแรมเวสเกตเรสซิเดนซ์ จ.นนทบุรี

โปรดติดต่อสำรองห้องพักโดยตรงที่โรงแรมเวสเกตเรสซิเดนซ์ “ภายในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2560”

โดยส่งโทรสาร ถึง คุณนุชกร เจียรไนวิชระ (แอน) หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 080-442-3229 (Line) , 063-272-1171

หมายเลขโทรสาร 02-924-7713 Email : Sales2@westgate-residence.com

ขอสำรองห้องพัก

ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500.- บาท รวมอาหารเช้า จำนวน ห้อง

ห้องพักรู้อยู่ ราคา 1,500.- บาท รวมอาหารเช้า จำนวน.....ห้อง

ชื่อผู้เข้าพัก 1.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
พักคู่กับ.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
2.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
พักคู่กับ.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
วันที่เข้าพัก.....เวลาน. วันที่ออกจำนวนคืน

รายละเอียดผู้จอง

ชื่อหมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

หมายเหตุ

***ห้องพักที่ท่านจองข้างต้นจะยังไม่ได้รับการยืนยันจนกว่าทางโรงแรมฯ จะส่งเลขที่บัญชีธนาคารของโรงแรมฯ
ให้กับท่านเพื่อให้ท่านทำการโอนเงินค่าห้องพักทั้งหมดก่อน***



WESTGATE RESIDENCE
HOTEL

แบบสำรองห้องพัก (ฉบับที่ 2)

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการให้รหัสทางการแพทย์ ในระดับ Advance

15-17 มีนาคม 2560

ณ โรงแรมเวสต์เกตเรสซิเดนซ์ จ.นนทบุรี

เรียน คุณหมายเลขโทรศัพท์.....

ทั้งนี้ทางโรงแรมได้ส่งแบบฟอร์มการโอนเงิน เพื่อให้ท่านแนบหลักฐานการโอนเงิน ส่งกลับมาให้ทางโรงแรม เพื่อทางโรงแรมจะได้ยืนยันการสำรองห้องพักให้กับท่าน

การชำระเงิน

กรุณาโอนเงินค่าห้องพัก ผ่านทางธนาคาร และส่งหลักฐานการโอนเงินธนาคารถึง คุณบุษกร เจียรระโนวจิระ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 080-442-3229 , 063-272-1171 หมายเลขโทรสาร 02-924-7713

Email : Sales2@westgate-residence.com “สิ้นสุดภายในวันที่ 5 มีนาคม 2560”

ชื่อบัญชี “บริษัท ฟูลไทย พร็อพเพอร์ตี้ จำกัด”

ธนาคาร กรุงเทพ จำกัด สาขาบางใหญ่-นนทบุรี

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 221-421791-7

หมายเหตุ โรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใด ๆ

สำหรับติดใบโอนเงินจากธนาคาร หรือ ใบสลิป ATM