

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่..... 212
วันที่ 31 พ.ค. 60
เวลา 9.23



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่..... 859
วันที่ 30 พ.ค. 2560
เวลา 17.06

ที่ สธ ๐๓๑๘/๓๒๖๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๑๙ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น “โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องสมดุลงานสร้างร่างกายในเด็ก” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น สถาบันฯ จึงได้จัดการอบรม “โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องสมดุลงานสร้างร่างกายในเด็ก” ขึ้น ระหว่างวันที่ ๓ - ๔ เมษายน ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่สนใจทั่วไป เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๖๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ของสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้ารับการอบรมมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันท์ หรือ นางสาวเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๐ จนถึงตามจำนวนที่กำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควร *พ.อ. รศ.ดร.กนก ใจ*

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมเกียรติ ลลิตวงศา)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายสุชิน คันคร)

.....
.....
สุภารัตน์ วงษ์ยศ
นักวิชาการสาธารณสุข
๐๑ กพ. ๖๐
ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
กลุ่มภารกิจวิชาการ
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓
โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพบก รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง "การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องสมรรถของโครงสร้างร่างกายในเด็ก"
วันที่ ๓-๔ เมษายน ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันจันทร์ที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๐

๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น.

ลงทะเบียน

๐๘.๓๐ - ๐๘.๔๕ น.

กล่าวรายงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิง ปราณี เมื่อน้อย
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

๐๘.๔๕ - ๐๙.๐๐ น.

กล่าวเปิดงาน โดยอาจารย์นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวิชามณีเวช (อภิปรายกลุ่ม)

๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.

: อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์

๑๐.๐๐ - ๑๐.๑๕ น.

พักรับประทานอาหารว่าง

๑๐.๑๕ - ๑๒.๑๕ น.

อิริยาบถทั่วไปกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช (อภิปรายกลุ่ม)

: อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์

๑๒.๑๕ - ๑๓.๐๐ น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

แบ่งกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับอิริยาบถทั่วไปกับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช
แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม/กลุ่มละ ๒๐ คน/วิทยากร ๒ คน

: อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์

: อาจารย์แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรู้อการ

: นางสาวสุนิสา พวงสมบุญ

: นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

: นางสาวนวลจันทร์ ลงยันต์

วันอังคารที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๐

๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.

การจัดสมดุสร่างกายตนเองโดยใช้วิชามณีเวช (อภิปรายกลุ่ม)

: อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์

๑๐.๐๐ - ๑๐.๑๕ น.

พักรับประทานอาหารว่าง

๑๐.๑๕ - ๑๒.๑๕ น.

แบ่งกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสมดุสร่างกายตนเองโดยใช้วิชามณีเวช

แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม/กลุ่มละ ๒๐ คน/วิทยากร ๒ คน

: อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์

: อาจารย์แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรู้อการ

: นางสาวสุนิสา พวงสมบุญ

: นางสาวนวลจันทร์ ลงยันต์

: นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

๑๒.๑๕ - ๑๓.๐๐ น.

พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.

การจัดสมดุสร่างกายเด็กโดยใช้วิชามณีเวช (อภิปรายกลุ่ม)

: อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์

๑๔.๐๐ - ๑๔.๑๕ น.

พักรับประทานอาหารว่าง

๑๔.๑๕ - ๑๖.๑๕ น.

แบ่งกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสมดุสร่างกายเด็กโดยใช้วิชามณีเวช
แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม/กลุ่มละ ๒๐ คน/วิทยากร ๒ คน

: อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์

: อาจารย์แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรู้อการ

: นางสาวสุนิสา พวงสมบุญ

: นางสาวนวลจันทร์ ลงยันต์

: นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

ลงชื่อ/ชื่อที่พิมพ์

นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
การจัดสมดุลงสร้างร่างกายในเด็ก (มณีเวช)
วันที่ ๓-๔ เมษายน ๒๕๖๐
ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ..... นามสกุล

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address

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

ค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อิสลาม ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
 (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
 หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร
 (หมายเลขโทรสาร ๐๒-๓๕๕-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุต
 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
 สมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การจัดสมดุลงานสร้างร่างกายในเด็ก (มณีเวช)



Company Code: 9617

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



Company Code: 9617

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การจัดสมดุลงานสร้างร่างกายในเด็ก "มณีเวช")

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