

กรุงเทพมหานครพยาบาลบุคคล  
หมายเลขที่ ๐๔๗  
วันที่ 16 ก.พ. ๖๐  
เวลา 10.12



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ เขตราชเทวี กทม.๑๐๔๐๐

โทร. ๐-๒๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐-๒๒๐๑-๒๐๑๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗ / ๐๕๖

วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าประชุมวิชาการ

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

ด้วยโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการ  
ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต Cardiac rhythm : theory,  
analysis & nursing care for critical care nurses สำหรับพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินจาก  
โรงพยาบาลและสถานศึกษาพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ ในวันที่ ๑๕-๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๐  
ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ใคร่ขอเชิญบุคลากรพยาบาลและผู้สนใจในสังกัดของท่าน สมัครเข้าประชุม  
วิชาการครั้งนี้ ดังรายละเอียดของโครงการที่แนบมาพร้อมนี้ โดยเก็บค่าลงทะเบียน อัตราคนละ ๔,๐๐๐ บาท  
-สี่พันบาทถ้วน(รวมค่าเอกสาร ใบประกาศนียบัตร อาหารว่างและอาหารกลางวัน) และผู้เข้าประชุมสามารถ  
เข้าประชุมได้ โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการจาก  
ต้นสังกัด(ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว ๕๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ เรื่องระเบียบ  
กระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๕๕) ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจาก  
ผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรพยาบาลในสังกัดเข้ารับการประชุมวิชาการ และเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าว  
ให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร..... 16/๒ ๑๗/๒๖๖ ๑๗/๒๖๖

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี)  
ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ดำเนินการ

(นายสุชิน คันทร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ใบสมัครเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

**การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต**

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

วันที่ 15-17 พฤษภาคม 2560

ณ โรงแรมดิเอมเมอร์ลด์ 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 (4) เลขที่ 026-461661-9 จำนวนเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน) (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 ได้รับหลักฐานที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608 หรือลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>
  2. ท่านจะได้รับการตอบรับเข้าร่วมประชุม โดยทางอินเทอร์เน็ตตามลำดับการสมัครของผู้สมัครเข้าร่วมประชุม ซึ่งสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
  3. รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมประชุมได้อีก
  4. ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน
- หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608

## ใบจองห้องพัก

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจสำหรับพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

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

วันที่ 15-17 พฤษภาคม 2560

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

1. ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) ( นาย / นาง / นางสาว ).....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ .....

2. มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ 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.

3. ส่งใบประสงค์จองห้องพัก ไปยัง

คุณสุสติ ทิพยกานนท์

ผู้อำนวยการฝ่ายขายจัดเลี้ยง

โรงแรมดิเอมเมอรัลด์

ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม.10400

โทรศัพท์ 0-2276-4567 ต่อ ฝ่ายจัดเลี้ยง

081-890-1324

โทรสาร 0-2276-4789

Website: [www.emeraldhotel.com](http://www.emeraldhotel.com)

E-mail : [event@emeraldhotel.com](mailto:event@emeraldhotel.com)

4. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี ไม่รับจองห้องพัก และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมว่าได้รับใบจองห้องของท่านหรือไม่ ก่อนวันที่ 8 พฤษภาคม 2560



## วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- การบรรยาย
- นำเสนอการวิเคราะห์ตัวอย่าง
- การศึกษาปฏิบัติ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจทั้งชนิดปกติ และผิดปกติได้ ในทางคุณและผู้ป่วยและแจ้งการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจ เคนผิดปกติและภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออก/กลืนไม่ลงหรือ ขาดเลือดไปเลี้ยงได้

## ผู้จัดระเบียบประชุม

พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน จากโรงพยาบาล และสถานศึกษาพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ จำนวน 150 คน

## การส่งใบสมัคร

1. ลงทะเบียนออนไลน์ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> หรือ
2. หลังจากโอนเงินตามธนาคารกับบัญชีของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดีแล้ว กรุณาส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงิน (หลักฐานการโอนเงินที่ธนาคารออกให้) มายังงานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี ที่โทรสารหมายเลข (02) 201-2011 หลังจากที่ได้รับตราสารแล้วให้โทรศัพท์สอบถามเจ้าหน้าที่ ว่าได้รับเอกสารที่ทางสมาคมฯ ได้รับแล้วหรือไม่ที่ เบอร์โทรศัพท์ (02) 201-1608, (02) 201-1512

หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ทางสมาคมฯ จะส่งรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing>

## ค่าลงทะเบียนและค่าธรรมเนียม

ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน) รวมค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง เอกสารประกอบการประชุมและไปรษณีย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวนผู้ลงทะเบียน 5. ไทยพาณิชย์ สาขารามธิบดี ซอยบัญชี

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี (4)

เลขที่บัญชี 020-4-01661-9  
ไม่รับลงทะเบียนทางธนาคาร

## หมวดคณะกรรมการศึกษาต่อเนื่อง

อยู่ระหว่างการพิจารณาจากสภาการพยาบาล

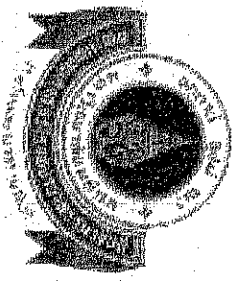
## ผู้รับผิดชอบโครงการ

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี  
โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี  
โรงพยาบาลศิริราช  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

## ติดต่อของเจ้าหน้าที่

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามธิบดี  
โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทรศัพท (02) 201-1608, (02) 201-1512  
โทรสาร (02) 201-2011

ท่านสามารถเข้าไปดูรายละเอียดเพิ่มเติมและ Download เอกสารได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing>



การประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

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

วันที่ 15-17 พฤษภาคม 2560  
ณ โรงแรมดิเอมมอริส กรุงเทพมหานคร

