

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่..... ๗๑
วันที่...๒...๐...เม.ย...๒๕๖๐.....
เวลา..... 10.12

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๕๕๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่..... 3921
วันที่... 20...เม.ย... 2560
เวลา..... 09.55

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๑ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (CBT for children and adolescents)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป / ผู้อำนวยการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการอบรม
 ๒. แบบตอบรับ
 ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (CBT for children and adolescents) ในระหว่างวันที่ ๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมสยาม ๑,๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ พัฒนาทักษะในการให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัดโดยใช้เทคนิคบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้เต็มศักยภาพ

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญกุมารแพทย์/ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น/ นักจิตวิทยา/ นักสังคมสงเคราะห์/ พยาบาล/ ทีมสหวิชาชีพที่ทำงานให้การปรึกษาและการบำบัดผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง/ ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง/ ผู้ป่วยเด็กกระยะสุดท้าย รวมทั้งผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านจิตสังคมอื่นๆ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๗๐ คน ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี จึงขอความกรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนและส่งใบตอบรับมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันท์ หรือนางสาวเพ็ญศิริ สายสุด ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ รับจำนวนจำกัดหากเต็มจำนวนแล้วขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
เพื่อโปรดทราบ
เห็นควร.....

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

ดำเนินการ

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
(นายประวิทย์ บุญหนุน) ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
กลุ่มภารกิจวิชาการ ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๐

(นายสุชิน ตันตร)

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน รักษาการในตำแหน่ง

www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

กำหนดการอบรม
การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว
(CBT for children and adolescents)

๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

วันพุธที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ : CBT for mental health prevention: Application of CBT in various settings

- ๐๙.๐๐ - ๐๙.๑๕ น. สรุปการเรียนรู้จากวันที่ ๒
 : โดย พญ. ถิรพร ตั้งจิตติพร
 จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ๐๙.๑๕ - ๑๐.๐๐ น. CBT in-school settings
 : โดย ผศ. นพ. ญัตถร พิทยรัตน์เสถียร
 จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ๑๐.๐๐ - ๑๐.๑๕ น. อาหารว่าง
- ๑๐.๑๕ - ๑๑.๐๐ น. CBT in medical settings: Chronic illness/ non-adherence/ health anxiety
 : โดย พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
 จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. Internet- based & on- line CBT for youth
 : โดย นพ. ชันวรจันท์ บุรณสุขสกุล
 จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. CBT สุข...ศึกษา: application of CBT workbook (โมโม่ ลิลลี่ จ้อย)
 สาริตและฝึกปฏิบัติ (Experiential exercise)
 : โดย ทีมวิทยากร

** หมายเหตุ : ช่วงบ่าย อาหารว่างระหว่างการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแล
ผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (CBT for children and adolescents)

วันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุมสยาม ๑,๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก.....เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน

อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม นามบุคคล อื่นๆ ระบุ

ประเภทอาหาร ทั่วไป อิสลาม มังสวิรัติ เจ อื่นๆ ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา

(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์ หรือโทรสาร

โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่

www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด

กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียน

สมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

(CBT for children and adolescents)



Company Code: 9633

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 4,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9633

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิด สาขา.....

และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว) 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