

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
รับเลขที่ 1291  
วันที่ 0 ต.ค. 2560  
เวลา 16.06



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ 9032  
วันที่ 10 ต.ค. 2560  
เวลา 14.26

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย  
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน)  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑-๑๕๑๒ โทรสาร ๐๒-๒๐๑-๒๐๑๑

ที่ TNSD ๖ / ๒๕๖๐

วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

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

ด้วยชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมประเทศไทย จะจัดการประชุม  
เชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Basic and Advance Course in Dementia Care) สำหรับอาจารย์  
พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษา  
พยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ และบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ระหว่าง  
วันที่ ๑๓ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๐ ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย จึงขอเชิญบุคลากรพยาบาลและผู้สนใจในสังกัดของท่าน  
สมัครเข้าร่วมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ดังรายละเอียดของโครงการที่แนบมาพร้อมนี้ โดยเก็บค่าลงทะเบียน อัตราคนละ  
๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน - รวมค่าเอกสาร ใบประกาศนียบัตร อาหารว่างและอาหารกลางวัน) และผู้เข้าร่วม  
สามารถเข้าร่วมได้ โดยไม่ถือเป็นวันลาและมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบทางราชการ  
จากต้นสังกัด (ตามหนังสือกระทรวงการคลังที่ กค ๐๔๐๙.๖/ว ๙๕ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๔๙ เรื่องระเบียบ  
กระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของส่วนราชการ พ.ศ.๒๕๔๙) ทั้งนี้เมื่อได้รับอนุมัติจาก  
ผู้บังคับบัญชาแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเข้ารับการประชุมวิชาการ และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่  
ข้อมูลดังกล่าวให้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร... (ใจ วร. ทศ. ๖๖).....

ขอแสดงความนับถือ

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

สุภารัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

๑๑ ต.ค. ๖๐

(รองศาสตราจารย์สุปามี เสนาดีสัย)

ประธานชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย

(นายสุชิน คินคร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพทันใจ รักษาการในตำแหน่ง  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแพทย์  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ใบสมัครเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง  
**การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Basic and Advance Course in Dementia Care)**

วันที่ 13-15 ธันวาคม 2560

ณ โรงแรมดิเอมเมอร์รัลด์ กรุงเทพฯ

- ชื่อ ( นาย / นาง / นางสาว ) ..... นามสกุล .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มั่งสรีร์ติ
- ชื่อ ( นาย / นาง / นางสาว ) ..... นามสกุล .....
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ..... อาหาร  ไทย  อิสลาม  มั่งสรีร์ติ
- สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัด.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ .....
- Email Address .....
- มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (9) เลขที่ 026-462490-5
  - สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ค่าลงทะเบียนคนละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
  - สำหรับสมาชิกชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ค่าลงทะเบียนคนละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) เลขที่สมาชิกชมรมฯ (โปรดระบุ) .....รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด.....คน เป็นเงินจำนวน.....บาท
- \* ผู้สนใจนำเสนอ Poster presentation วิจัย/นวัตกรรมเกี่ยวกับการพยาบาล/ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล (โปสเตอร์ต้องมีขนาด 80 ซม. x 100 ซม. บทคัดย่อไม่เกิน 300 คำ โดยมีรายละเอียดดังนี้ :-  
ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัยและสถาบัน วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ)
- \* ผู้สนใจที่จะลงตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลให้ส่ง Full paper ไม่เกิน 10 หน้า ภายใน 30 พ.ย. 60 ทาง dementiacare2560@gmail.com (คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับตั้งเอกสารแนบ)  
หากจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าประชุมได้อีก  
\*\*ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด
- ขอให้ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้เข้าประชุม
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

- 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/>
- ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
- รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าประชุมได้อีก
- ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน

หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608

## ใบจองห้องพัก

การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

### การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Basic and Advance Course in Dementia Care)

วันที่ 13-15 ธันวาคม 2560

ณ โรงแรมดิเอมเมอร์รัลด์ กรุงเทพฯ

- ชื่อ (ไทยตัวบรรจง) ( นาย / นาง / นางสาว ).....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....  
ตำบล / แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ .....
- มีความประสงค์ จองห้องพัก โรงแรมดิเอมเมอร์รัลด์ กรุงเทพฯ ดังนี้  
 ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน ( รวมอาหารเช้า )  
 ห้องพักร่วม ราคา 1,500 บาทสุทธิ / วัน ( รวมอาหารเช้า )  
โดย  ขอพักรวมกับ.....  
 ขอให้ทางโรงแรมจัดให้  
โดยเข้าพักโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.  
ออกจากโรงแรม วันที่.....เวลา.....น.
- ส่งใบประสงค์จองห้องพัก ไปยัง

คุณสุสติ ทิพยกานนท์  
ผู้อำนวยการฝ่ายขายจัดเลี้ยง  
โรงแรมดิเอมเมอร์รัลด์  
ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กทม.10400  
โทรศัพท์ 0-2276-4567 ต่อ ฝ่ายจัดเลี้ยง  
081-890-1324  
โทรสาร 0-2276-4789  
Website: www.emeraldhotel.com  
E-mail : event@emeraldhotel.com

- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี ไม่รับจองห้องพัก และขอให้โทรติดต่อกับทางโรงแรมว่าได้รับใบจองห้องของท่านหรือไม่ ก่อนวันที่ 6 ธันวาคม 2560

## วิธีดำเนินการประชุม

- บรรยาย
- ฝึกปฏิบัติ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้าประชุมมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง

## ผู้เข้าร่วมประชุม

- อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จากโรงพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ
- จำนวนทั้งหมด 120 คน

## การลงทะเบียนสมัคร

- 1.ลงทะเบียนออนไลน์ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> หรือ
- 2.หลังจากโอนเงินผ่านธนาคารเข้าบัญชีของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์พยาบาลรามอินทรีแล้ว กรุณาส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงิน (หลักฐานการโอนเงินที่ธนาคารออกให้) มายังศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์พยาบาลรามอินทรีที่โทรสารหมายเลข 02-201-2011 หลังจากส่งโทรสารแล้วขอให้โทรศัพท์สอบถามว่าเจ้าหน้าที่ได้รับเอกสารที่ท่านส่งมาครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ ที่เบอร์โทรศัพท์หมายเลข 02-201-1608, 02-201-1512 และหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ให้ท่านตรวจสอบรายชื่อได้ที่

<http://med.mahidol.ac.th/nursing/>

## ค่าลงทะเบียนและการสมัคร

ค่าลงทะเบียนสำหรับ

- **พยาบาลวิชาชีพ** ค่าลงทะเบียนคนละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
- **สมาชิกชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย** ค่าลงทะเบียนคนละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

(รวมค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง เอกสารประกอบการประชุมและใบประกาศนียบัตร) การสมัครโดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ บ.ไทยพาณิชย์ สาขารามอินทรี ซีบับญี่

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์พยาบาลรามอินทรี (9)

เลขที่บัญชี 026-462490-5

ไม่รับลงทะเบียนทางออนไลน์

## หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง

อยู่ระหว่างการพิจารณาจากสภาการพยาบาล

## ผู้รับผิดชอบโครงการ

ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ร่วมกับ

โรงเรียนพยาบาลรามอินทรี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามอินทรี

มหาวิทยาลัยมหิดล และสภากายผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

## ติดต่อขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

งานบริการวิชาการและศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์พยาบาลรามอินทรี

โรงเรียนพยาบาลรามอินทรี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามอินทรี

มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร.(02) 201-1608, (02)201-1512

โทรสาร (02) 201-2011

ท่านสามารถเข้าไปดูรายละเอียดเพิ่มเติมและ Download เอกสารได้ที่

<http://med.mahidol.ac.th/nursing>



การประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

(Basic and

Advance Course

in Dementia Care)

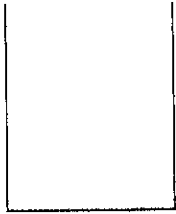
วันที่ 13-15 ธันวาคม 2560

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร

### ตัวอย่างของการเขียนรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง

- กรรณิการ์ สุวรรณโคต. (2551). การอภิปรายผลการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล. ใน *ประมวลสาระชุดวิทยานิพนธ์ 3 หน่วยที่ 10-11*. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 10-1-10-64). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุณี มีเจริญ. (2551). สภาพการจัดการเรียนการสอนจริยธรรม ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล และวิธีการแก้ไขตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. *วารสารพยาบาล*, 57(3-4), 48-59.
- ศิรัชย์ กาญจนवासี. (2550). *สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ เผ่าจินดา, พ.ท.หญิง. (2552). ความพึงพอใจในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การบริหารการพยาบาล), มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย.
- สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. (2548). *TQA ถึงเส้นชัยก่อนใคร เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ผู้แต่ง.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2552). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการพลเรือน พ.ศ. 2552-2556*. ค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2552, จาก <http://www.ocsc.go.th/ocsccms/frontweb>.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล และ มัลลิกา สุนทรวิภาต. (2552). ความเครียดจากงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 29(3), 17-26.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: Author.
- Bernstein, M. (2002, August 16). 10 tips on writing the living web. *A list apart: For people who make websites*. Article 149. Retrieved May 2, 2006, from <http://www.alistapart.com/articles/writeliving>.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2007). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Saunders Elsevier.
- King, I.M. (1995). Theory of goal attainment. In M..A. Frey, & C. Sieloft (Eds.). *Advancing King's system framework and theory of nursing* ( pp. 23-32). London: SAGE.
- Klein, H.J., Becker, T.E., & Meyer, J.P. (Eds.).(2009). *Commitment in organization*. New York: Routledge.
- Nasae, T. (2007). *Ethical dilemmas, ethical decision making, and outcomes experienced by head nurses in regional hospitals, Southern Thailand*. Unpublished doctoral dissertation, Prince of Songkla University, Thailand.
- Roussel, L. (Ed.). (2006). *Management and leadership for nurse administrators* (4<sup>th</sup> ed.). Boston: Jone & Bartlett.
- Sherman, R.O., Bishop, M., Eggenberger, T. , & Karden, R. (2007). Development of a leadership competency Model. *Journal of Nursing Administration*, 37(2), 85-93.

**ใบสมัครสมาชิกสามัญ**  
**ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย**



ประวัติส่วนตัว / ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่สมาชิกตลอดชีพ (ต).....

เลขที่สมาชิกราย 5 ปี (ข) .....

ชื่อภาษาไทย นาย / นาง / นางสาว ..... นามสกุล .....

ตำแหน่ง (โปรดระบุ).....

ชื่อภาษาอังกฤษ MR. / MS / Mrs.

วัน / เดือน / ปี เกิด ..... / ..... / ..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....

เลขที่ประจำตัวประชาชน 13 หลัก

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... Fax.....

เบอร์มือถือ..... E-mail address .....

ประวัติการศึกษา/ การทำงาน

สถาบันที่จบการศึกษาพยาบาล.....

ประกาศนียบัตรหรือปริญญา.....สำเร็จการศึกษา พ.ศ. ....

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สำเร็จการศึกษา พ.ศ. ....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานประจำหน่วย  ระบุ.....

ที่อยู่สถานที่ทำงานปัจจุบัน .....

..... โทร. .... E-mail address.....

สถานที่ที่ท่านต้องการให้ส่งเอกสาร  ที่อยู่ปัจจุบัน  ที่ทำงาน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครสมาชิก  ตลอดชีพ 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ราย 5 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

หลักฐานการสมัคร  รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 2 รูป  สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ

เงินสด

โอนเงินผ่านธนาคาร

ชื่อบัญชี "นางสุภาณี เสนาดีสัย และ/หรือ นางอุไร บุรณพิเชษฐ และ/หรือ พันเอกหญิงสาลี เกลี้ยงเกล้า"

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาริบัติ เลขที่บัญชี 026-449707-3

**ส่งใบสมัครและสำเนาการโอนเงินมาที่**

อาจารย์สมทรง จุไรทัศน์ย์ ชมรมพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย (สาขาการพยาบาลสุขภาพชุมชน)

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร. 02-735-3703 หรือ โทร. 02-201-2858

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ..... ผู้รับสมัคร  
วันที่ .....

ใบเสร็จเลขที่..... เลขที่ .....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร  
(.....)  
วันที่ .....