

กรมงานทรัพยากรบุคคล  
รับเลขที่ 708  
วันที่ 26 มี.ค. 2561  
เวลา 16.02  
ที่ สจ ๐๓๑๘

๕๗๕๖ ✓



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่ 2795  
วันที่ 26 มี.ค. 2561  
15-33

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้ารับการอบรมระยะสั้น เรื่อง การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/  
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย/ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข/ผู้อำนวยการสำนักอนามัย ทุกแห่ง  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม  
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม  
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้  
ดำเนินการโครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรมีองค์ความรู้  
ด้านกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่จำเป็น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และ  
ทัศนคติของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จึงได้จัดการอบรมขึ้นระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม  
๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ ทางสถาบันฯ ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและผู้ที่เกี่ยวข้องงานด้าน  
ฉุกเฉินเข้ารับการอบรม โดยเสียค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) รับจำนวน ๑๐๐ คน ผู้เข้ารับ  
การอบรมมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังโดยไม่ถือเป็นวันลา  
ตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว  
ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) ทางสถาบันฯ ขอสงวน  
สิทธิ์ไม่คืนเงินในกรณีและผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ รับจำนวนจำกัด  
หากเต็มจำนวนขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
เพื่อโปรดทราบ  
เห็นควร... ๕๗๕๖ กษ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

สุภารัตน์ วงษ์ยศ  
นักวิชาการสาธารณสุข

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

27 มี.ค. 2561

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายชัชชิน ชินทร)

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ  
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓  
โทรสาร ๐๒ ๓๕๔๘๐๘๘

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพทันใจ รักษาการในตำแหน่ง  
แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแทน  
แพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

[www.childrenhospital-training.com/](http://www.childrenhospital-training.com/) E-mail: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

A.

โครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 24-26 กรกฎาคม 2561  
 โดย: งานการพยาบาลผู้รอบุติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
 ณ ห้องประชุม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

วัน เดือน ปี	08.00น. - 09.00 น.	09.00น.-12.00 น.	12.00น.-13.00 น.	13.00น.-16.00 น.	
24 ก.ค.2561	ลงทะเบียน (08.00น.-08.30น.) พิธีเปิด (08.30น. - 09.00 น.) นพ.สมเกียรติ ลลิตวงศา ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี	9.00น. - 10.30น. Pediatric Emergency Problems นพ.ปริญญา นนนาค	10.30น.-12.00น. MOPH ED Triage Guideline นพ.วิรัชย์ กิระวิทยา	13.00น.-14.30 น. Cardiovascular Emergency นพ. สัยสิทธิ์ แสงทวีสัน	
	08.30น. - 10.30 น. Neonatal Emergency Problems พญ.วารภรณ์ แสงทวีสัน	10.30น.-12.00น. Dengue Emergency Shock Management ศ.ศลิษา พญ.ศิริเทัญ กัลยาณรุจ (WHO CC for cases Management of dengue/ /DHF/DSS)	Workshop 13.00น.-16.00 น.		
26 ก.ค.2561	08.30น. - 10.30น. Neurological Emergency Management นพ.ธนิษพัทธ์ เวชชาภิวัฒน์	10.30-12.00น PALS Provider 2015 อ.ธัญญา ไทยแท้	13.00น.-14.30น Nursing Management with Pediatric Surgery Problems อ.ปานจิตต์ พรหมโชติ		
			13.00น.-14.30 น. Airway Management อ.จิตติมา ไผ่เจริญ	EKG อ.ฉวีรัตน์ อ.ฉวีวรรณวัฒน์ อ.แพรวดา	การเตรียม สารน้ำ อ.ธัญญา ไทยแท้
		14.30น.-16.00 NB resuscitation อ.ศุภศิริ อ้อยทอง อ.บุษกร กาญจนวัฒน์		14.30-16.00 น. Nursing Management with Respiratory Problems อ.ศิรินทิพย์ ชูชูพี	

พักรับประทานอาหารกลางวัน

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม  
“การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน”  
วันที่ ๒๔ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑  
ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า  นาย  นาง  นางสาว

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง .....

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน .....

ที่อยู่เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ต่อ .....

โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail address .....

ประเภท  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์  อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม  นามบุคคลลงทะเบียน  อื่น ๆ ระบุ .....

ประเภทอาหาร  อาหารทั่วไป  อิสลาม  ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา  
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน ตรวจสอบรายชื่อได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์ / โทรสาร / E-mail

โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ / E-mail : [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณปานจิตต์ เพิ่มชาติ

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียน

ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม 2561 เป็นต้นไป



### สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน โครงการอบรมหลักสูตร การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

\*\*\*\*\*



Company Code: 9656

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -     -      -   -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2): .....

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3): .....

#### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,000.- 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: 9656

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการอบรมหลักสูตร เรื่อง "การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

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 .....