

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

รับเลขที่ ๗๐๒

วันที่ 26 มี.ค. 2561

เวลา 16.01

ที่ สธ ๐๓๑๘



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

รับเลขที่ ๒๗๙๔

วันที่ 26 มี.ค. 2561

15.32

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

พ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลจังหวัด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจัดอบรม
- ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
- ๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑ ในระหว่างวันที่ ๔ - ๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้พยาบาลที่ได้รับการอบรมแกนนำโรคไข้เลือดออก มีองค์ความรู้ในเรื่องของโรคไข้เลือดออก และเข้าใจปัญหาอาการของผู้ป่วย เพื่อสามารถเป็นที่ปรึกษาสำหรับพยาบาลในเครือข่ายของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และประสานงานกับทีมแพทย์ในการดูแลรักษาพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราป่วยตายของผู้ป่วยในการระบาดของโรคไข้เลือดออกปี ๒๕๖๑ โดยผู้เข้าร่วมอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและมีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน ๓๐ คน

ในการนี้ ทางสถาบันฯ ขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านที่สนใจเข้ารับการอบรม โดยจัดเก็บค่าลงทะเบียนจำนวน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมจากส่วนราชการสังกัดกระทรวง ทบวง กรม มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามหนังสือที่ กค. ๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป รับจำนวนจำกัด หากเต็มจำนวนขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร... ๒๖/๓/๖๑

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

สุภารัตน์ วงษ์ยศ

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

27 มี.ค. 2561

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(นายสุชิน ก็นคร)

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

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

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทพท. รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการแพทย์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑๖

ตารางอบรมแก่นักพยาบาลโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล วันที่ 4 - 8 มิถุนายน 2561
ณ ห้องประชุมอาคารสถาบันชั้น 11 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่	08:30 -9:00น.	9:00 -09:30น.	09:30 - 11:00 น.	11:00 -12:00 น.	12:00 -13:00 น.	13:00 -14:00 น.	14:15 -15:15 น.	15:15 - 16:15 น.
จันทร์	ลงทะเบียน	ทูลีเปิด	Dengue overview	สถานการณ์ไข้เลือดออก ระบาดวิทยา	พักรับประทานอาหารกลางวัน	การรักษามั่วยไข้เลือดออก งานผู้ช่วยนอก	Hematologic charge in Dengue	ดูงานไข้เลือดออก การที่กรณีศึกษา
อังคาร	08:00 -09:00 น.	09:00 -10:30 น.	09:30 -10:00 น.	10:30 -12:00 น.	12:00 -13:00 น.	13:00 -14:00 น.	14:15 -15:45 น.	15:45 - 16:00 น.
พุธ	08:00 -09:30 น.	09:30 -10:00 น.	10:00 -10:45 น.	10:45 -12:00 น.	12:00 -13:00 น.	13:00 -14:30 น.	14:45 - 15:45 น.	15:45 - 16:00 น.
พฤหัสบดี	08:00 -08:30 น.	08:30 -10:00 น.	10:00 -12:00 น.	12:00 -13:00 น.	13:00 -14:00 น.	14:00 -14:30 น.	14:30 - 15:00 น.	15:00 - 16:00 น.
ศุกร์	08:00 -09:00 น.	09:00 -12:00 น.	12:00 -13:00 น.	13:00 -14:00 น.	14:00 -16:00 น.	16:00 -17:00 น.	17:00 -18:00 น.	18:00 -19:00 น.
เสาร์	08:00 -09:00 น.	09:00 -12:00 น.	12:00 -13:00 น.	13:00 -14:00 น.	14:00 -16:00 น.	16:00 -17:00 น.	17:00 -18:00 น.	18:00 -19:00 น.
อาทิตย์	08:00 -09:00 น.	09:00 -12:00 น.	12:00 -13:00 น.	13:00 -14:00 น.	14:00 -16:00 น.	16:00 -17:00 น.	17:00 -18:00 น.	18:00 -19:00 น.

การดูแลสุขภาพเด็กและวัยรุ่น 15 นาที ช่วงเช้าและบ่าย ทุกวัน

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี ๒๕๖๑
วันที่ ๔ - ๘ มิถุนายน ๒๕๖๑
ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป / ศูนย์ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม นามบุคคลลงทะเบียน อื่น ๆ ระบุ

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อิสลาม ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์ / โทรสาร / E-mail
โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ / E-mail : qsnich.training@gmail.com

ผู้ประสานงานด้านลงทะเบียน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณปานจิตต์ เพิ่มชาติ
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียน
ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม 2561 เป็นต้นไป

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน "อบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล ประจำปี 2561"



Company Code: 9616

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 5,000.- 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: 9616

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมเชิงปฏิบัติการ "แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สำหรับพยาบาล ประจำปี 2561" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

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