

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล  
รับเลขที่.....395.....  
วันที่.....8 มิ.ย. 59.....  
เวลา.....14.36 น.....

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๕๖๐๐



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่.....2069.....  
วันที่.....8 มิ.ย. 2559.....  
เวลา.....11.04.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาล/ศูนย์อนามัย/นพ. สสจ.

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”

๒. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับ  
อนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” โดยมี  
วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น สถาบันฯ  
จึงได้จัดการอบรมขึ้น ระหว่างวันที่ ๒๕-๒๙ เมษายน ๒๕๕๙ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะ  
เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่สนใจเข้ารับการ  
อบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๑๒๐ คน ผู้เข้ารับการอบรม  
มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับ  
อนุมัติจากผู้บังคับบัญชา กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนและส่งใบตอบรับมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันทน์  
หรือ นางสาวปานจิตต์ เพิ่มชาติ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็ก  
แห่งชาติมหาราชินี โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร. ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ใน  
วันและเวลาราชการ ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ รับจำนวนจำกัดหากเต็มจำนวนแล้ว  
ขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ขอแสดงความนับถือ

- เพื่อโปรดทราบ.....

เห็นควร..... (หัว รท.กนก) รพ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

สุภารัตน์ วงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐

โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘

Email address: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

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

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทพทัน รักษาการในตำแหน่ง  
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

๑๑ มิ.ย. ๒๕๕๙

รพ

กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาสารคาม

“ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” ครั้งที่ 39 วันที่ 25 - 29 เมษายน 2559

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1,2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาสารคาม

ว/ด/ป	09.00-10.15 น.		10.30-12.00 น.		13.00-14.30 น.		14.45-16.15 น.	
จันทร์ 25 เม.ย. 2559	8.00-8.30 น. ลงทะเบียน 8.30-9.00 น. พิธีเปิด	พฤศจิกายนของเด็ก ต่อการศึกษาตัด ท.ญ.รัตโนทัย พลับรู้อการ	10.15 - 10.30 น.	Pain Management ท.ญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาวเรือง นางกานดา เลหาศิลป์สมจิตร	แนวคิดทางการพยาบาลเด็ก ดร.วารภรณ์ ชัยวัฒน์	Pre and Post Operative Care น.พ.ไมตรี อนันต์โกศล		
อังคาร 26 เม.ย. 2559	8.00-09.30 น. ปัญหาที่พบ ทางศัลยกรรมแตกต่าง		9.45-11.00 น.	11.00-12.00 น.	Common Pediatric Urological Problems ท.ญ.วารภรณ์ นพธราดล	Acute Abdomen in Childhood ท.ญ.สุรเนตร ลอองงศ์		
พุธ 27 เม.ย. 2559	Burns น.พ.วีระ บุรณกิจเจริญ		N.C. of Burns นางนันทพร พรธีระภัก	N.C. of Most Common Pediatric Surgery นางอัครสรรา สถาพรวงษา	Problems in Neonatal Surgery : Non-GI System ท.ญ.อังฉริยา ทองสิน	N.C. of Most Common Neonatal Surgery นางเอื้องตอย ต้นตพวงษ์		
พฤหัสบดี 28 เม.ย. 2559	Problems in Neonatal Surgery : GI System น.พ.ไมตรี อนันต์โกศล		Tumors / Neck Masses ท.ญ.อังฉริยา ทองสิน	N.C. of Tumors นางสาวสิรินทรรา สุพัฒน์	Common Pediatric Neurosurgical Problems ท.ญ.ริศา กิตติสังวรา	N.C. of Neurological Problems นางสาววันทนา แก้วเปรม		
ศุกร์ 29 เม.ย. 2559	Common Problems in Pediatric Orthopedics น.พ.วีระศักดิ์ ธรรมคุณานนท์		การพยาบาลเด็กโรคกระดูกหักและข้อเคลื่อน น.ส.จุรีพร ศรีแสงเจริญยิ่ง น.ส.ปัทมา ยิ่งยืน	การให้นมแม่ในเด็กที่มีปัญหาทางศัลยกรรม นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์		พิธีปิด		

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม  
เรื่อง “ปัญหาทางศีลธรรมที่พบบ่อยในเด็ก”  
วันที่ ๒๕ - ๒๙ เมษายน ๒๕๕๙

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....  
เลขที่สมาชิก..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....  
ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร.....  
E-mail address .....

ประเภท  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์  โรงพยาบาลเอกชน  
 อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน  ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม  นามบุคคล  อื่นๆ ระบุ .....

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

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา  
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)  
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร  
โทรสาร. ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่  
[www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณปานจิตต์ เพิ่มชาติ  
กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐  
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

- หมายเหตุ**
๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
  ๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้  
ถ้าจำนวนผู้เข้ารับการอบรมครบจะปิดก่อนกำหนด รับจำนวนจำกัด



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
(ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9611

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

กรุงไทย

Company Code: 9611

วันที่.....



ค่าลงทะเบียน โครงการ (ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก)

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 .....