

ต้น



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์  
รับเลขที่ 18290  
วันที่ 17 พ.ย. 2568

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๑๗๗๕๐๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมณีนเวช ศาสตร์บริหารความสมดุลโครงสร้างร่างกาย เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

- |                  |                                  |              |
|------------------|----------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. กำหนดการอบรม                  | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๒. ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๓. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม        | จำนวน ๑ ฉบับ |
|                  | ๔. ใบชำระเงิน                    | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรม  
ณีนเวช ศาสตร์บริหารความสมดุลโครงสร้างของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้  
ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้และทักษะ นำไปถ่ายทอดองค์ความรู้ ประโยชน์การดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยหลักการณีนเวช  
ทดแทนการใช้ยาในชีวิตประจำวันต่อไป โดยจัดอบรมวันที่ ๒๑ - ๒๓ มกราคม ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒  
ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอประชาสัมพันธ์และเชิญแพทย์ พยาบาล และบุคลากร  
ทางการแพทย์ที่สนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยเสียค่าลงทะเบียน ๓,๕๐๐ บาท  
(สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) รับจำนวน ๕๐ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๘  
ถึงวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๙ โดยผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง  
จากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital.go.th](http://www.childrenhospital.go.th) หรือ QR-Code  
ด้านล่าง และสอบถามเพิ่มเติมที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔  
Email : [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ  
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด  
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ให้ ณ. ณ. ๕๕๐. ๕๕๐๕  
๑๕๖ รัตนโกสินทร์ จัดอบรมณีนเวชศาสตร์  
ณีนเวช ศาสตร์บริหารความสมดุลโครงสร้างร่างกาย  
รับจำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียน ๓,๕๐๐ บาท  
ในนาม นิตยา หวังสุดดี  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ณีน

นางสาวนิตยา หวังสุดดี

นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ

๗๙ ณ. ๕๕

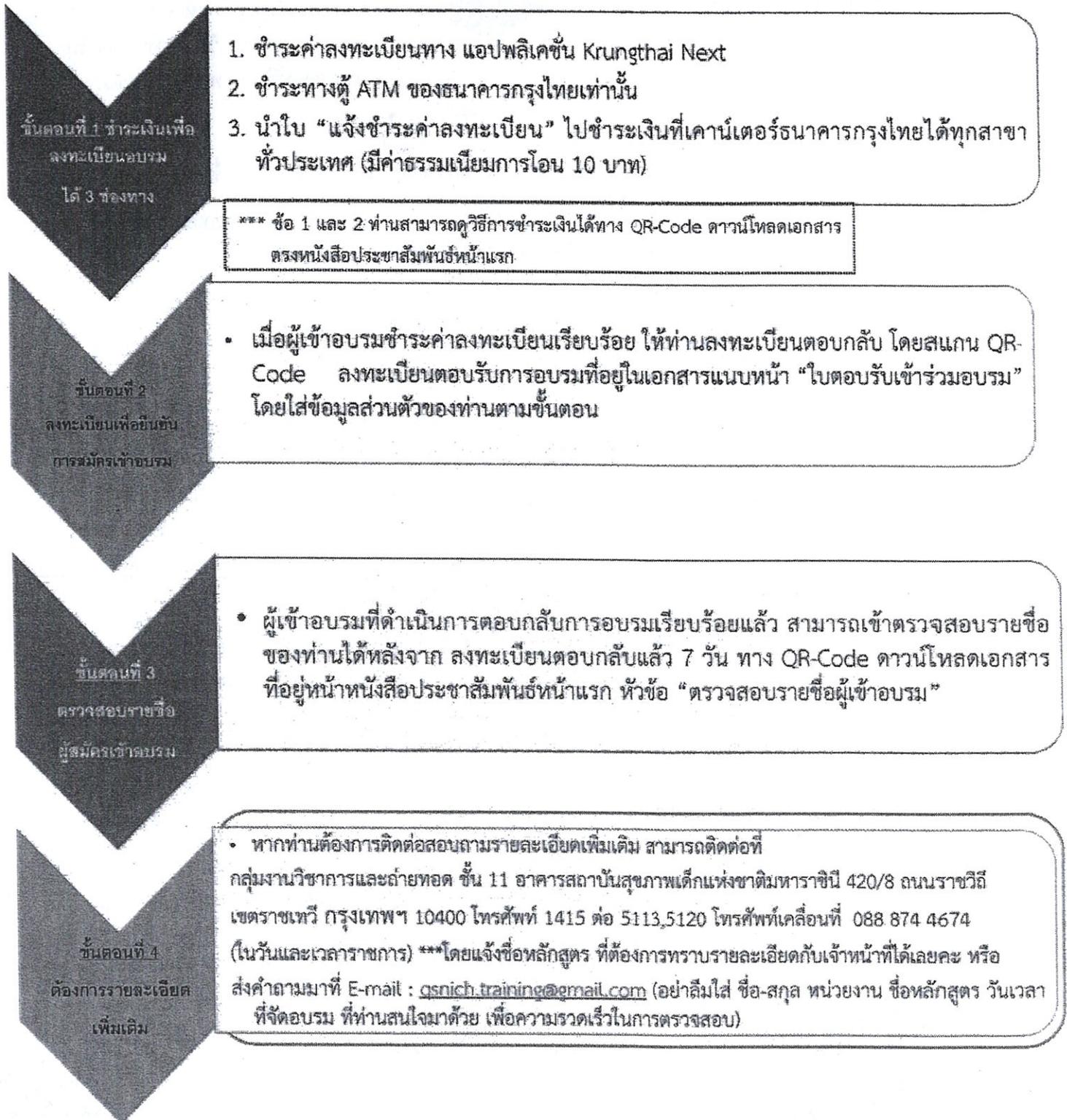
นางสาว นิตยา หวังสุดดี  
นางสาว นิตยา หวังสุดดี

(นางจุฑารัตน์ บุตรดีชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี

ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

# ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

[www.childrenhospital.go.th](http://www.childrenhospital.go.th)





## ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

อบรมมณีเวช ศาสตร์บริหารความสมดุลโครงสร้างของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต

วันที่ 21 - 23 มกราคม 2569

ณ ห้องประชุมสยาม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน (โปรดแนบสลิปธนาคาร หรือใบ Pay In มาพร้อมใบตอบรับ)

Company code : 9617 ค่าลงทะเบียน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

### ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next

โอนผ่านตู้ ATM

ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาโทรศัพท์ (9617) เลือก มณีเวช ศาสตร์บริหารความสมดุลโครงสร้างของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

### ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า) ..... นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่ได้รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เลขที่สมาชิก .....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์(ติดต่อได้สะดวก) ..... E-mail address.....

ประเภทอาหาร

ทั่วไป

อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม

ชื่อผู้ลงทะเบียน

หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

### ผู้ประสานงาน

คุณนงรัตน์ จันท์ และคุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



### หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital.go.th
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
- ทางสถาบันฯ มีที่จอดรถจำกัด กรุณาเดินทางโดยรถสาธารณะ หากท่านนำรถยนต์มาจะเสียค่าบริการ ชั่วโมงละ 50 บาท

ส่งหลักฐานและ  
ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม





ชำระหนี้ได้ตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน 2568 - 12 มกราคม 2569

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
อบรมมณีเวช ศาสตร์บริหารความสมดุลโครงสร้างของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต

\*\*\*\*\*



กรุงไทย Company Code: 9617

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

**ค่าลงทะเบียน**

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,500.- บาท/ท่าน

**การชำระเงิน**

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ .....

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9617

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมมณีเวช ศาสตร์บริหารความสมดุลโครงสร้างของร่างกาย  
เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

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 .....

