

ดู



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์  
จำนวนที่ 19 มค 2569  
วันที่ 19 มค 2569

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๖ มกราคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรเข้าร่วมโครงการอบรมการปฏิบัติงานทางจิตเวชเด็กบนฐานข้อมูลองค์ความรู้ที่อ้างอิงได้ "Evidence-based Child Psychiatry: CBT for Children and Families ครั้งที่ ๗"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

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

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดโครงการอบรมการปฏิบัติงานทางจิตเวชเด็กบนฐานข้อมูลองค์ความรู้ที่อ้างอิงได้ "Evidence-based Child Psychiatry: CBT for Children and Families ครั้งที่ ๗" ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ระบบ Zoom และจัดอบรมรูปแบบ on-site สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะในการให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อเป็นรากฐานการสร้างวิทยากร สร้างเครือข่ายเพื่อดูแลเด็กและครอบครัวต่อไป โดยจัดอบรมวันที่ ๒๓-๒๔ เมษายน ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กฯ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ด้านสาธารณสุข ด้านการศึกษาและผู้ที่ทำงานด้านการให้คำปรึกษาเด็กและครอบครัวที่สนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยมีการอบรมรูปแบบ online ค่าลงทะเบียน ๑,๘๐๐ บาท (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน) รับจำนวน ๑๒๐ คน และรูปแบบ onsite ค่าลงทะเบียน ๒,๔๐๐ บาท (สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน) รับจำนวน ๗๐ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๙ ผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital.go.th](http://www.childrenhospital.go.th) หรือ QR-Code และสอบถามเพิ่มเติมด้านล่างทะเบียน โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ สอบถามด้านวิชาการที่งานจิตเวชและวัยรุ่น โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๔๓๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ



ลงทะเบียนการอบรม

เรียน นพ. ส.สจ. สุรินทร์  
- สถาบันสุขภาพเด็ก จ.สุรินทร์  
อบรม วันที่ 23-24 เม.ย. 69  
แบบ online 1,800 บาท  
- เน้นอบรมเชิงปฏิบัติการ  
ดู website ส.สจ.  
(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์นะ)

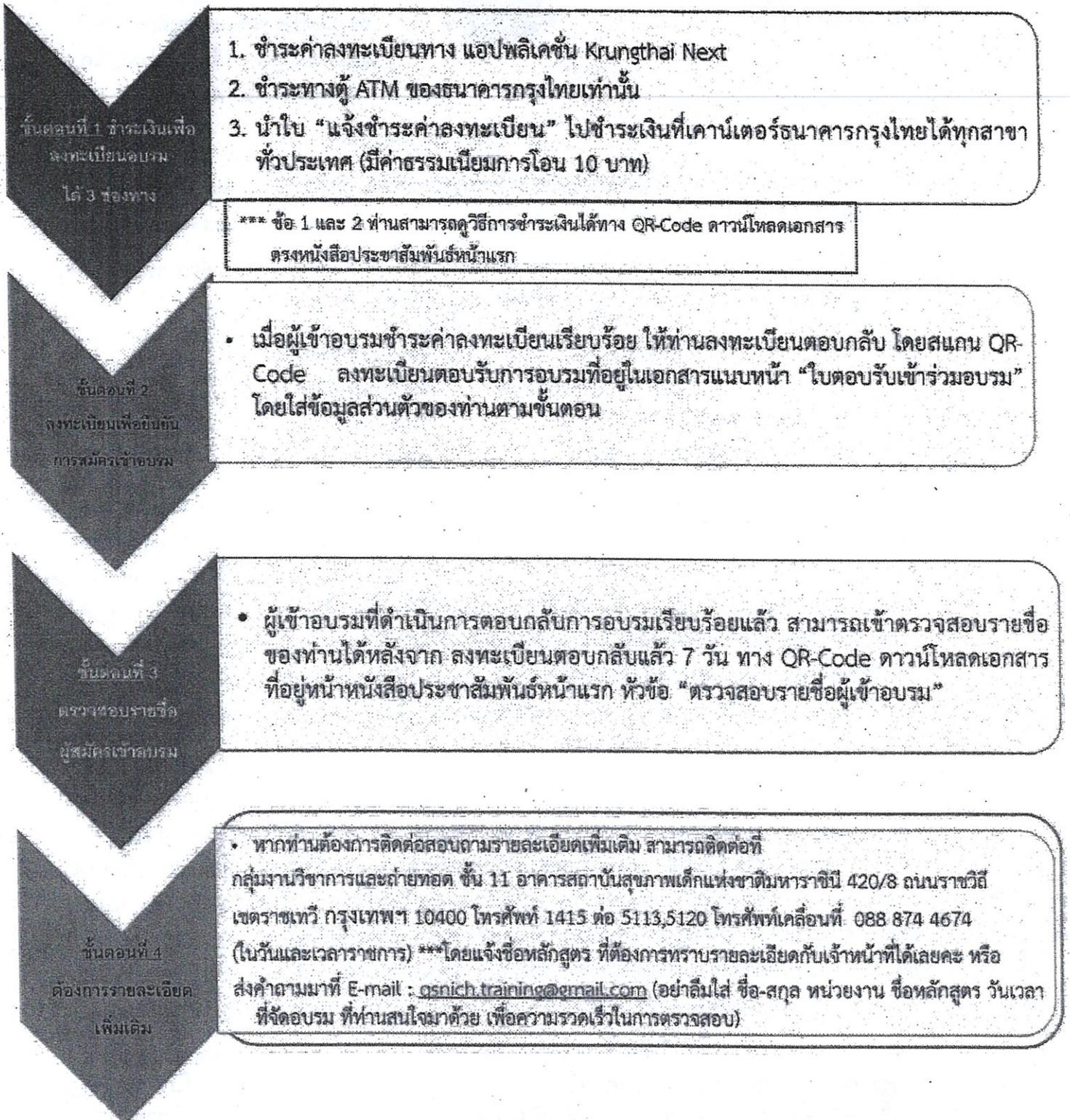
- ทราบ  อนุมัติ
- ชอบ  ลงนามแล้ว
- มอบ .....

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ  
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด  
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

นางสาว...  
(นางจตุรรัตน์ บุตรดีขันน้)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี  
ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

## ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

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

การประชุมวิชาการ Evidence- based child psychiatry: CBT for children and families ครั้งที่ 7

: CBT x Parenting: Cognitive Behavioral Coaching for Parents

วันที่ 23 - 24 เมษายน 2569 ห้องประชุมสยาม 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Day 1: Helping Parent understand the vicious cycle through CBT model

|               | ตารางการประชุม  | วิทยากร  |
|---------------|---|--|
|               | ลงทะเบียน พิธีเปิด  |  |
| 8:30 - 10:00  | Panel- Parent-mediated CBT: Parent as the primary agent of change   | พญ.กฤษพร ตั้งจิตติพร<br>พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์     |
| 10:00 - 11:00 | Parental schema- maladaptive beliefs & unhelpful emotional responses  | พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์                             |
| 11:00 - 12:00 | The Regulatory Parent: Applying CBT for Emotional and Cognitive Balance to Sustain the Child's Need for Security (COS)                              | ผศ.พญ.ธิดารัตน์ ปุระณชัยศิริ<br>พญ.กฤษพร ตั้งจิตติพร |
|               | อาหารกลางวัน  |  |
| 13:00 - 14:30 | Parental Self- regulation & Validation: Affect regulation skills for parent and caregivers to manage emotional triggers                             | อ.อัจฉรา คงสนทนา<br>อ.จิณณพัทธ์ ยอดไกรศรี            |
| 14:30 - 15:30 | Working with parental ambivalence/ resistance to change and enhancing parental commitment with motivational interview & compassionate collaboration | พญ.สุนทรียา ลีลาแสงสาย                               |
| 15:30 - 16:00 | Q & A / Feedback  | ทีมวิทยากร   |

Day 2: Equipping Parent with effective CBT tools- Case- based Lecture & presentation

|               | ตารางการประชุม  | วิทยากร                                       |
|---------------|---|---|
| 8:30 - 9:30   | Effective Psychoeducation: Making CBT accessible for parent   | อ.อัจฉรา คงสนทนา                              |
| 9:30 - 10:30  | Problem solving skills for Parent: Making CBT relevant for parent   | พญ.สุนทรียา ลีลาแสงสาย                        |
| 10:30 - 12:00 | Socratic dialogue for parent: Making CBT logical for parent   | พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์                      |
| 12:00 - 13:00 | อาหารกลางวัน  |   |
| 13:00 - 14:30 | Managing the most challenging child for parent ( ADHD/ ODD /etc) with behavioral strategies x compassionate parenting | อ.จิณณพัทธ์ ยอดไกรศรี<br>พญ.กฤษพร ตั้งจิตติพร |
| 14:30 - 15:30 | Find peace with the unchangeable: Cultivating acceptance and compassion for parent and healthcare personnels          | อ.อัจฉรา คงสนทนา<br>พญ.สุนทรียา ลีลาแสงสาย    |
| 15:30 - 16:00 | Q & A / Feedback  | ทีมวิทยากร                                    |

หมายเหตุ:

\* พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 11:00 น. และ 14:30 น.

1.การประชุมเป็นการบรรยาย ไม่มีการฝึกปฏิบัติแบบกลุ่ม อาจมีการฝึกปฏิบัติแบบเดี่ยวหรือคู่บ้างในบางหัวข้อ เหมาะสำหรับกุมารแพทย์ จิตแพทย์เด็ก แพทย์ทั่วไป นักจิตวิทยา พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และ บุคลากรทางการศึกษาที่ทำงานเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในเด็ก วัยรุ่น และ ครอบครัว

2. เอกสารประกอบการบรรยายจะแจกเป็น QR code ไม่มีการแจกเอกสารกระดาษ ผู้เข้าร่วมอบรมทุกท่านจะได้รับประกาศนียบัตรผ่านการอบรมจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และนักจิตวิทยาคลินิก ได้รับคะแนน CME (ระหว่างดำเนินการ)

3. การประชุมรูปแบบ hybrids เป็น online และ onsite และไม่มีการอัด vdo

4. การ สัมครประชุม และ ลงทะเบียน ผู้ประสานงาน คุณ นงรัตน์ จันทิ/ คุณ เพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด  
ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถ. ราชวิถี เขต ราชเทวี กทม 10400  
โทร 1415 ต่อ 5113, 5120, 088-874-4674

# ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

โครงการอบรมการปฏิบัติงานทางจิตเวชเด็กบนฐานข้อมูลองค์ความรู้ที่อ้างอิงได้  
“Evidence-based child psychiatry: CBT for children and families ครั้งที่ 7”

วันที่ 23 – 24 เมษายน 2569

ณ ห้องประชุมสยาม 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

\*\*\*\*\*

## ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code : 9608 (On-Site) ค่าลงทะเบียน 2,400 บาท (สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน)  
 Company code : 9616 (Online) ค่าลงทะเบียน 1,800 บาท (หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน)

## ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- โอนผ่าน Krungthai Next       โอนผ่านตู้ ATM       ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร  
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส (9608 On-Site) หรือ (9616 Online) เลือก อบรมการปฏิบัติงานทางจิตเวชเด็ก บนฐานข้อมูลองค์ความรู้ที่อ้างอิงได้ CBT ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

## ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า) .....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....

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

ประเภทอาหาร       ทวีไป       อิสลาม       Online

ออกใบเสร็จในนาม       ชื่อผู้ลงทะเบียน       หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน สำหรับ (Online)

## ผู้ประสานงาน

คุณแพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชมิว 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 ได้ที่ QR-Code ลงทะเบียน
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ สถานที่จัด ไม่มี ที่จอดรถให้กับผู้เข้าอบรม (ค่าบริการที่จอดรถ 50 บาท/ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมต้อง



ลงทะเบียนเข้าอบรม





ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 12 ม.ค.69 ถึง วันที่ 7 เม.ย.69

### สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
โครงการอบรมการปฏิบัติงานทางจิตเวชเด็กบนฐานข้อมูลองค์ความรู้ที่อ้างอิงได้

“Evidence-based child psychiatry: CBT for children and families ครั้งที่ 7” (รูปแบบ On-Site)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9608

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

#### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 2,400.- บาท/ท่าน

#### การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงเทพฯ



Company Code: 9608

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการอบรมการปฏิบัติงานทางจิตเวชเด็กบนฐานข้อมูลองค์ความรู้ที่อ้างอิงได้ “Evidence-based child psychiatry: CBT for children and families ครั้งที่ 7” 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<br>Please write amount in words |                                 |

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์ .....





ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 12 ม.ค.69 ถึง วันที่ 7 เม.ย.69

### สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

โครงการอบรมการปฏิบัติงานทางจิตเวชเด็กบนฐานข้อมูลองค์ความรู้ที่อ้างอิงได้

"Evidence-based child psychiatry: CBT for children and families ครั้งที่ 7" (รูปแบบ Online)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9616

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

#### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 1,800.- บาท/ท่าน

#### การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย

วันที่.....

Company Code: 9616



ค่าลงทะเบียน โครงการอบรมการปฏิบัติงานทางจิตเวชเด็กบนฐานข้อมูลองค์ความรู้ สาขา.....

ที่อ้างอิงได้ "Evidence-based child psychiatry: CBT for children and families"

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<br>Please write amount in words |  |                                 |

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์ .....

