

พิมพ์



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่ 10385
วันที่ 2.0 ก.ค. 2564

ที่ สธ ๐๓๒๑ / ๖๐๔๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐ / ๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอภิปรายหัวข้อเรื่อง "Crouch Gait in Cerebral Palsy: Step Approach and Correction"
ในโครงการประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" ครั้งที่ ๒๒

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลในสังกัดอื่น
ทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการจัดประชุม
- ๒. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน
- ๓. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม

งานพัฒนาบุคลากร
รับเลขที่ 1043
วันที่ 2.0 ก.ค. 2564 เวลา 15.20

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้ดำเนินการจัดโครงการประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" ครั้งที่ ๒๒ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขึ้นระหว่างวันที่ ๙ - ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ณ ห้องประชุม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ภายใต้แนวคิดเรื่อง "The Best for the Most in Comprehensive Pediatric Care" โดยทีมวิทยากรจากอาเซียนและประเทศไทย ซึ่งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการพัฒนาคุณภาพทางวิชาการเฉพาะทางด้านโรคเด็กแก่ กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไปทุกสาขา ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง คาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการเพิ่มศักยภาพ ความรู้ความสามารถ ในการ วินิจฉัย การรักษาพยาบาล การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตลอดจนการแก้ไขฟื้นฟูผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องรวดเร็ว เป็นไปตามนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลเด็กที่มีปัญหา การเคลื่อนไหว เข้าร่วมหัวข้ออภิปรายเรื่อง "Crouch Gait in Cerebral Palsy: Step Approach and Correction" ในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔ ระหว่างเวลา ๑๓.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้โดยไม่มีถือเป็นวันลา มีสิทธิเบิกค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ ได้ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัด เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา โดยเสียค่าลงทะเบียน ๕๐๐ บาท จำนวน ๑๐๐ คน ในรูปแบบการประชุมทางไกล (On-line) ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงิน แล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทาง สถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงิน ทุกกรณี ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คุณนงรัตน์ จันทิ / คุณวไลพร เฟื่องสูงเนิน กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘-๘๓๕-๔๖๓๕ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย
จะเป็นพระคุณยิ่ง

เว็บไซต์: www.รพ.สุรินทร์
- เฟซบุ๊ก: [รพ.สุรินทร์](https://www.facebook.com/รพ.สุรินทร์)
- ไลน์: [รพ.สุรินทร์](https://www.line.me/tv/00000000000000000000)
ที่ปรึกษา: [รพ.สุรินทร์](https://www.facebook.com/รพ.สุรินทร์)

ขอแสดงความนับถือ

นางดิศพนันท์

น.ส. น.ส. น.ส.

๖๖ ก.ค.๖๔

(นางสาวนัยนา ณิศะนันท์) (นายสุรศักดิ์ เหมะทอง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชปฏิบัติเฉพาะ (ด้านบริการทางวิชาการ)

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐

โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ E-mail: qsnich.training@gmail.com

ลงทะเบียนออนไลน์ : www.childrenhospital-training.com

๖.๓๐.๖๔ ๒๐๖๔

ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม
หัวข้อ “Crouch Gait in Cerebral Palsy: Step Approach and Correction”
ในวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๔
ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ต่อ..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน

อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๕๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม นามบุคคล อื่นๆ ระบุ

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา
(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘
ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณจินดาพร คะชะสะ
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๔๔๖๗๔

- หมายเหตุ
๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
 ๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
 ๓. เริ่มสมัครพร้อมชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๔

เริ่มชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2564
เข้าประชุม 1 วัน (on-line)



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน โครงการประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์ "สุขภาพเด็กแห่งชาติ" (code 3)



Company Code: 92157

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 500 - บาท.ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

Company Code: 92157

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการอบรม เรื่อง ประชุมวิชาการกุมารเวชศาสตร์

สาขา.....

"สุขภาพเด็กแห่งชาติ" 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.....