



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
 รับเลขที่..... 9876
 วันที่..... 24 มิ.ย. 2567

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๓๖๑๐

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
 กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมระยะสั้น เรื่อง “๑๕th QSNICH Pediatric Department Annual Meeting”
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/
 คณบดีคณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ขั้นตอนการลงทะเบียน ๒.กำหนดการอบรม ๓.ใบตอบรับเข้าอบรม ๔.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ครั้งที่ ๑๕ (๑๕th QSNICH Pediatric Department Annual Meeting) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานแก่ กุมารแพทย์ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมอาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ กุมารแพทย์ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ เข้ารับการอบรม รายละเอียด ดังนี้ ๑.Pre-congress Workshop and Annual Meeting รูปแบบ on-site ค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) รับสมัคร ๒๐ คน ๒.Annual Meeting รูปแบบ on-site ค่าลงทะเบียน ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน) รับสมัคร ๘๐ คน ๓. Online Annual Meeting ค่าลงทะเบียน ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) รับสมัคร ๒๐๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้าย หรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



สำหรับดาวน์โหลดเอกสารและประกาศรายชื่อผู้เข้าอบรม

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

- ทราบ อนุมัติ
- ลงนาม ชอบ
- มอบ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์ศุภวัชร บุญยเกียรติเดช)
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
 ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (นายจุฑารัตน์ บุตรดีจันทร์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี

๑) ปรึกษา นพ. สรร. สุรินทร์
 ๐๘๕๐ (โปรดโทรฯ) ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) - ดว. จ.ส. - ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
 Web สรร. สุรินทร์

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
 โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔
www.childrenhospital.go.th / Email address: qsnich.training@gmail.com

นางสาวศรีธาดา สังข์ขาว
 พนักงานพิมพ์ ส ๓
 25 มิ.ย. 67

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขั้นตอนที่ 1 ชำระเงินเพื่อ
ลงทะเบียนอบรม
ได้ 3 ช่องทาง

1. ชำระค่าลงทะเบียนทาง แอปพลิเคชัน Krungthai Next
2. ชำระทางตู้ ATM ของธนาคารกรุงไทยเท่านั้น
3. นำใบ “แจ้งชำระค่าลงทะเบียน” ไปชำระเงินที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขาทั่วประเทศ (มีค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท)

*** ข้อ 1 และ 2 ท่านสามารถดูวิธีการชำระเงินได้ทาง QR-Code ดาวน์โหลดเอกสาร
ตรงหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก

ขั้นตอนที่ 2
ลงทะเบียนเพื่อยืนยัน
การสมัครเข้าอบรม

- เมื่อผู้เข้าอบรมชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว ให้ท่านลงทะเบียนตอบกลับ โดยสแกน QR-Code ลงทะเบียนตอบรับการอบรมที่อยู่ในเอกสารแนบหน้า “ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม” โดยใส่ข้อมูลส่วนตัวของท่านตามขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3
ตรวจสอบรายชื่อ
ผู้สมัครเข้าอบรม

- ผู้เข้าอบรมที่ดำเนินการตอบกลับการอบรมเรียบร้อยแล้ว สามารถเข้าตรวจสอบรายชื่อของท่านได้หลังจาก ลงทะเบียนตอบกลับแล้ว 7 วัน ทาง QR-Code ดาวน์โหลดเอกสารที่อยู่หน้าหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก หัวข้อ “ตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าอบรม”

ขั้นตอนที่ 4
ต้องการรายละเอียด
เพิ่มเติม

- หากท่านต้องการติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถติดต่อที่
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113,5120 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088 874 4674
(ในวันและเวลาราชการ) ***โดยแจ้งชื่อหลักสูตร ที่ต้องการทราบรายละเอียดกับเจ้าหน้าที่ได้เลยคะ หรือ
ส่งคำถามมาที่ E-mail : gsnich.training@gmail.com (อย่าลืมใส่ ชื่อ-สกุล หน่วยงาน ชื่อหลักสูตร วันเวลา
ที่จัดอบรม ที่ท่านสนใจมาด้วย เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ)

ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

www.childrenhospital.go.th

การอบรมระยะสั้น กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ครั้งที่ 15
(15th QSNICH Pediatric Department Annual Meeting)

“Pre-congress workshop: Practical Ultrasound for Neonatal and Pediatric Critical care”

วันที่ 13 สิงหาคม 2567

ณ ห้องประชุมชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

08.00 – 08.15 น.	ลงทะเบียน
08.15 – 08.30 น.	พิธีเปิด
08.30 – 09.30 น.	Ultrasound Guided Vascular Access โดย อ.นพ.ณัฐพงศ์ เลปนนานนท์
09.30 – 10.30 น.	Brain and Lung US in Neonates โดย อ.พญ.วริศรา ศรีสมบุญ *รับประทานอาหารว่างระหว่างการบรรยาย
10.30 – 11.30 น.	Topic Discussion: Application of Lung US and Echocardiography in Critical Care Setting โดย อ.พญ.กัญทิมาศ สิทธิกุล, อ.พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์
11.30 – 12.30 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
12.30 – 15.30 น.	Workshop (แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-7 คน ใช้เวลา กลุ่มละ 60 นาที) กลุ่มที่ 1: Central Line Insertion โดย อ.นพ.ณัฐพงศ์ เลปนนานนท์ อ.พญ.วงศ์ตะวัน อามาตสมบัติ กลุ่มที่ 2: Lung US in Children โดย อ.นพ.เฉลิมไทย เอกศิลป์ อ.พญ.กัญทิมาศ สิทธิกุล กลุ่มที่ 3: Echocardiography in Children โดย อ.พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ อ.นพ.กตัญญู บุญยวาณิชย์กุล รับประทานอาหารว่างระหว่างการอบรม

การอบรมระยะสั้น กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ครั้งที่ 15
(15th QSNICH Pediatric Department Annual Meeting)
“Skillful Approaches to Common Pediatric Conditions”

วันที่ 14-16 สิงหาคม 2567

ณ ห้องประชุมชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่ 14 สิงหาคม 2567

เวลา

- 07.30 – 08.00 น. ลงทะเบียน
- 08.00 - 08.15 น. พิธีเปิด
- 08.15 - 09.10 น. Topic discussion:
When fever Persists: Insights from an Infectious Disease and Cardiology Perspective
โดย ผศ. พิเศษ พญ.ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์
อ.นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา
- 09.10 - 09.40 น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- 09.40 - 10.25 น. Sponsor Symposium 1
- 10.25 - 11.20 น. Topic discussion:
Excellence Early Life Care
โดย อ.พญ.ลลิตวดี พังสุภุติ
อ.พญ.ณณิสตา นพรัตน์
- 11.20 - 12.10 น. Topic discussion:
Frequent Urination
โดย อ.พญ.อุไรวรรณ เลิศวนัสบดี
อ.พญ.นพรัตน์ ประชาสิทธิศักดิ์
- 12.10 - 12.15 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 12.15 - 13.00 น. Sponsor Symposium 2
- 13.00 - 13.45 น. Sponsor Symposium 3
- 13.45 - 14.10 น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- 14.10 - 15.00 น. Case discussion:
Skin Rashes in Systemic Disease
โดย ผศ.พิเศษ พญ.นุชนาฏ รุจิเมธาภาส
ผศ.พิเศษ พญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์
- 15.00 - 16.00 Case discussion:
Rashes are more than just a Rash.
โดย อ.นพ.กันย์ พงษ์สามารถ
อ.พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ
อ.นพ.อิสนันท์ หุ่นนวล

วันที่ 15 สิงหาคม 2567

เวลา

- 08.00 -09.10 น. Topic discussion:
How to Deal with a Picky Eater Child?
โดย ผศ.พิเศษ พญ.อรวรรณ เอี่ยมโอภาส
อ.พญ.วิมาขนี บุญช่วย
- 09.10 - 09.40 น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- 09.40 - 10.25 น. Sponsor Symposium 4
- 10.25 - 11.20 น. Topic discussion:
Grow Smart with Safe Environment.
โดย ผศ.พิเศษ พญ.รัชดา เกษมทรัพย์
อ.พญ.ฉันทพร เมฆรุ่งจรัส
- 11.20 - 12.10 น. Topic discussion:
Dengue Case-Based Approach: How to Survive in a Dengue Epidemic Year?
โดย ผศ.พิเศษ พญ. พักต์เพ็ญ สิริคุตต์
อ.พญ.ประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา
- 12.10 - 12.15 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 12.15 - 13.00 น. Sponsor Symposium 5
- 13.00 - 13.45 น. Sponsor Symposium 6
- 13.45 - 14.10 น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- 14.10 - 15.00 น. Case discussion:
Obesity and Metabolic Syndrome
โดย อ.นพ.สุรณัฐ แก้วนิมิตต์
อ.พญ. ช่อแก้ว คงการคำ
- 15.00 - 16.00 น. Case discussion:
Managing Challenges in Obesity Complications
โดย ผศ.พิเศษ นพ.ประวิทย์ เจตน์ชัย
อ.นพ.สิวโรจน์ ขนอม
ผศ.พิเศษ พญ.ศิริรัตน์ อุพารตินนท์

วันที่ 16 สิงหาคม 2567

เวลา

- 08.00 -09.10 น. Topic discussion:
A Child with Noisy Breathing, what is Suitable Management?
โดย อ.พญ.วงศ์ตะวัน อามาตสมบัติ
อ.พญ. พาณิภค เต็มบุญนาค
ผศ.พิเศษ พญ.ศิริลักษณ์ เจนนุวัตร
- 09.10 - 09.40 น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- 09.40 - 10.25 น. Sponsor Symposium 7
- 10.25 - 11.20 น. Topic discussion:
Pediatric Hypertension in the Era of Obesity
โดย อ.นพ.ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล
- 11.20 - 12.10 น. Topic discussion: Unraveling Mysteries in Muscle Weakness: Neurological Problems and Conversion Disorder
โดย อ.พญ.ศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ
ผศ.พิเศษ พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
- 12.10 - 12.15 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 12.15 - 13.00 น. Sponsor Symposium 8
- 13.00 - 13.45 น. Sponsor Symposium 9
- 13.45 - 14.00 น. พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- 14.00 - 15.10 น. Case discussion:
Spot Diagnosis in Daily Practice (Quiz and Discussion)
โดย อ.นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง
อ.พญ.หนึ่งจิต โรจนวัฒน์ศิริเวช
อ.พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง “15th QSNICH Pediatric Department Annual Meeting”

วันที่ 13 - 16 สิงหาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code : 9649 Pre-congress Workshop and Annual Meeting (on-site) ค่าลงทะเบียน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)
- Company code : 9615 Pre-congress Workshop (on-site) ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
- Company code : 92156 Online Annual Meeting (on-line) ค่าลงทะเบียน 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
- (Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล ตามด้วย Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม) / ตู้ ATM ธนาคารกรุงไทย เลือก บริการอื่นๆ และเลือกชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่ Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม) / ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนทุกครั้ง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุค่านำหน้า) นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน/ที่อยู่

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

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

อาหาร ทวีป อิสลาม อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน

คุณเบญจมาภรณ์ วัฒนกุล กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5120 หรือ 088 874 4674 (ในวันและเวลาราชการ)

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ QR-code ดาวน์โหลดเอกสาร
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ลงทะเบียนตอบรับ
การอบรม



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน หลักสูตรอบรมระยะสั้น กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (15th QSNICH Pediatric Department Annual Meeting)
ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ Pre-congress Workshop and Annual Meeting (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9649

กรุงไทย

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



กรุงไทย ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9649

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รูปแบบ ON-SITE) สาขา...สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

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



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน หลักสูตรอบรมระยะสั้น กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (15th QSNICH Pediatric Department Annual Meeting)
ภาคทฤษฎี Pre-congress Workshop (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9615

กรุงศรี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



กรุงศรี ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9615

วันที่.....

กรุงศรี

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ภาคทฤษฎี รูปแบบ ON-SITE)

สาขาสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

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



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน หลักสูตรอบรมระยะสั้น กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (15th QSNICH Pediatric Department Annual Meeting)
Online Annual Meeting (รูปแบบ ON-line)



Company Code: 92156

กรุงไทย

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 2,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



กรุงไทย ส่วนของธนาคาร



Company Code: 92156

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Online Annual Meeting รูปแบบ ON-line) สาขา..สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

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

