

ต้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่..... 19869
วันที่ 15.5.ค. 2568 เวลา.....



ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๗๑๓๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชมิวรี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

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 ๓ ฉบับ |

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรมหลักสูตร เรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom และจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ภาคปฏิบัติและทฤษฎี วันที่ ๙ - ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๙ และภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๑๐ - ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด สังเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จัดอบรม ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญพยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์ที่สนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยอบรมภาคปฏิบัติและทฤษฎี (on-site) จำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๕๐๐ บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) ภาคทฤษฎี (on-site) จำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน) และภาคทฤษฎี (online) จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๘ - ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th หรือ QR-Code ด้านล่าง และสอบถามเพิ่มเติมที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



QR-code ลงทะเบียน

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิทราราชินี
 “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ในวันที่ 9-13 มีนาคม 2569

ณ ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา มหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิทราราชินี

จันทร์ 9 มี.ค. 2569	08.00- 08.30 น.	ลงทะเบียน Pre-test	NCPR (ภาคบรรยาย) พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์	10.45 - 12.00 น. Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.โสภา ผดุงสิทธิ์โชค กลุ่มที่ 2 พว. สุพัตรา ทาอ้อ กลุ่มที่ 3 พว.อุษณี มั่นปอ กลุ่มที่ 4 พว.วรรณิ จันทรมาศ กลุ่มที่ 5 พว.อรรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาติ นาคเรือง	13.00 - 14.00 น. NCPR (ภาคบรรยาย) พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์	14.00 - 15.15 น. Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.โสภา ผดุงสิทธิ์โชค กลุ่มที่ 2 พว. สุพัตรา ทาอ้อ กลุ่มที่ 3 พว.อุษณี มั่นปอ กลุ่มที่ 4 พว.วรรณิ จันทรมาศ กลุ่มที่ 5 พว.อรรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาติ นาคเรือง	15.30 - 16.30 น. Megacode and debriefing Postest และเฉลย พว.พุทธชาติ นาคเรือง
	อังคาร 10 มี.ค. 2569	8.15-10.15 น. 10 Steps BF in sick neonate : The new normal พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ	NCPR (ภาคบรรยาย) พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์	11.00 - 12.00 น. Early warning signs & Neonatal Sepsis พว.วิริศรา ศรีสมบูรณ์	13.00 - 14.00 น. MAS ผศ.พญ.มิรา โครรานา	14.15 - 15.00 น. PPHN ผศ.พญ.มิรา โครรานา	15.00 - 16.30 น. Nursing care of PPHN พว.ไพรินทร์ โพธิ์สว่าง
พุธ 11 มี.ค. 2569	08.00 -10.00 น.	Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์	RDS and surfactant therapy พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์	11.15 - 12.15 น. Nursing care of RDS and surfactant therapy พว.วรลักษณ์ วงศ์ศิริเรศ	13.00 - 14.00 น. Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา	14.15 - 15.15 น. BPD พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์	15.15 - 16.30 น. Nursing care of BPD พว.โสภา ผดุงสิทธิ์โชค
	พฤหัสบดี 12 มี.ค. 2569	08.00 - 09.00 น. ROP นพ.สมมนตร์ จินตกุล	09.00 - 10.00 น. Nursing care Of ROP พว.ชนมาตรี เรืองมงคลวิชัย	10.15 - 11.15 น. Intensive care monitoring and Pain management in neonate พว.วรรณิ จันทรมาศ	13.00 - 14.00 น. Hyperbilirubinemia นพ.สมมนตร์ จินตกุล	14.00 - 15.00 น. การพยาบาลทารกที่มี ภาวะ hyperbilirubinemia พว.สุพัตรา ทาอ้อ	15.15 - 16.15 น. IVH พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา
ศุกร์ 13 มี.ค. 2569	08.00 - 09.00 น.	Developmental care in neonate พว.ฐานวีร์ ชนชัยบุษยามัย	High Alert drug พว.อรรณ ขาวโสภา	10.30- 12.00 น. Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พุทธชาติ นาคเรือง	13.00 - 14.00 น. PDA นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	14.00 - 15.00 น. NEC & Enteral Feeding (อภิปราย) นพ.สมมนตร์ จินตกุล & พว.สุพัตรา ทาอ้อ	พิธีปิด

หมายเหตุ ลงทะเบียน 9 - 13 มี.ค.69 เรียนทฤษฎีและปฏิบัติ 10 - 13 มี.ค.69 เรียนอบรมทฤษฎี ระบบ onsite และระบบ on line

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 คิวอาร์โค้ดเอกสาร
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 คิวอาร์โค้ดเอกสารที่อยู่หน้าหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก 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 : qsnich.training@gmail.com (อย่าลืมใส่ ชื่อ-สกุล หน่วยงาน ชื่อหลักสูตร วันเวลาที่
จัดอบรม ที่ท่านสนใจมาด้วย เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ)

ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

www.childrenhospital.go.th

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”
วันที่ 9 - 13 มีนาคม 2569

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code: 9650 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)
- Company code: 9612 อบรมทฤษฎี (on-site) ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
- Company code: 9613 อบรมทฤษฎี (online) ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9650 , 9612 หรือ 9613 เลือก การพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน(ชื่อโรงพยาบาล).....

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

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ชาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113 หรือ 088-874-4674 ([ในเวลาราชการ](#))

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ [QR-code ลงทะเบียน](#)
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
- สถานที่จัด ไม่มี ที่จอดรถให้กับผู้เข้าอบรม (ค่าบริการที่จอดรถ 50 บาท/ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมต้องชำระด้วยตัวเอง)



QR-code ลงทะเบียน



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 8 ธ.ค. 68 - 23 ก.พ. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9650

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงเทพ



Company Code: 9650

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ 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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 8 ธ.ค. 68 - 23 ก.พ. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9612

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



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9612

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี 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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 8 ธ.ค. 68 - 23 ก.พ. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ONLINE)



Company Code: 9613

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,000.- 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: 9613

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี ONLINE)

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