



การประชุมเชิงปฏิบัติการ Motivational Interviewing to Promote Behavior Change in Adolescents

ตารางอาจมีการปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
9:00-10:00	บรรยาย: Introduction to MI and Models of Behavior Change	พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
10:00- 10:30	ฝึกปฏิบัติ: Deep Listening & Reflection skills (Tool 1 )	พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ พญ. ธิรพร ตั้งจิตติพร พญ. สุนทรียา สีลาแสงสาย คุณ อัจฉรา คงสนทนา พญ. ตริวิรัตน์ แดงภูมิ พญ. มณีพรรณ ธัญวัฒน์สวัสดิ์ พญ. พิมพ์พิพย์ นิลสิทธิ์สถาพร
10:30-10:45	Healthy Coffee Break & Healthy Move	
10:45-11:15	บรรยาย: OARS- open ended/ affirmation/ reflection/ summaries	พญ. สุนทรียา สีลาแสงสาย
12:15-13:00	Healthy Lunch Break & Health Move	
13:00-13:30	บรรยาย: Concept of Change Talk DARN-C: Desire/ Ability / Reason/ Need/ Commitment	พญ. ธิรพร ตั้งจิตติพร
13:30-14:00	ฝึกปฏิบัติ DARN-C ( Tool 3 )	พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ พญ. ธิรพร ตั้งจิตติพร พญ. สุนทรียา สีลาแสงสาย คุณ อัจฉรา คงสนทนา พญ. ตริวิรัตน์ แดงภูมิ พญ. มณีพรรณ ธัญวัฒน์สวัสดิ์ พญ. พิมพ์พิพย์ นิลสิทธิ์สถาพร
14:00-14:30	บรรยาย: SMART plan: specific/ measurable/ achievable/ relevant/ time-bound	คุณ อัจฉรา คงสนทนา
14:30-14:45	Healthy Afternoon Tea Break & Healthy Move	
14:45-15:15	ฝึกปฏิบัติ: SMART plan (Tool 4 )	พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ พญ. ธิรพร ตั้งจิตติพร พญ. สุนทรียา สีลาแสงสาย คุณ อัจฉรา คงสนทนา พญ. ตริวิรัตน์ แดงภูมิ พญ. มณีพรรณ ธัญวัฒน์สวัสดิ์ พญ. พิมพ์พิพย์ นิลสิทธิ์สถาพร
15:15-15:45	Put it all together & Relapse Prevention	พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
15:45-16:00	Q & A	ทีมวิทยากร

ใบตอบรับเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ  
เรื่อง “ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเด็ก โดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ  
(Workshop Motivation Interviewing)

วันพุธ ที่ 22 เมษายน 2569

ณ ห้องประชุมสยาม 1 – 2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

\*\*\*\*\*

ชำระค่าลงทะเบียน Company code : 9614 ค่าลงทะเบียน 1,200 บาท (พันสองร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next

โอนผ่านตู้ ATM

โอนผ่านธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล ตามด้วย Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม) / ตู้ ATM ธนาคารกรุงไทย เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก  
ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่ Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม) / ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนทุกครั้ง)

ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)..... นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม (สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล) .....

ตำแหน่ง.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน (ชื่อโรงพยาบาล) .....

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

ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้เข้าอบรม  หน่วยงาน (กรุณากรอกรายละเอียดด้านล่าง)

.....  
.....  
.....

ผู้ประสานงาน

คุณเบญญาภา วัฒนกุล กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5120 หรือ 088 874 4674 (ในวันและเวลาราชการ)

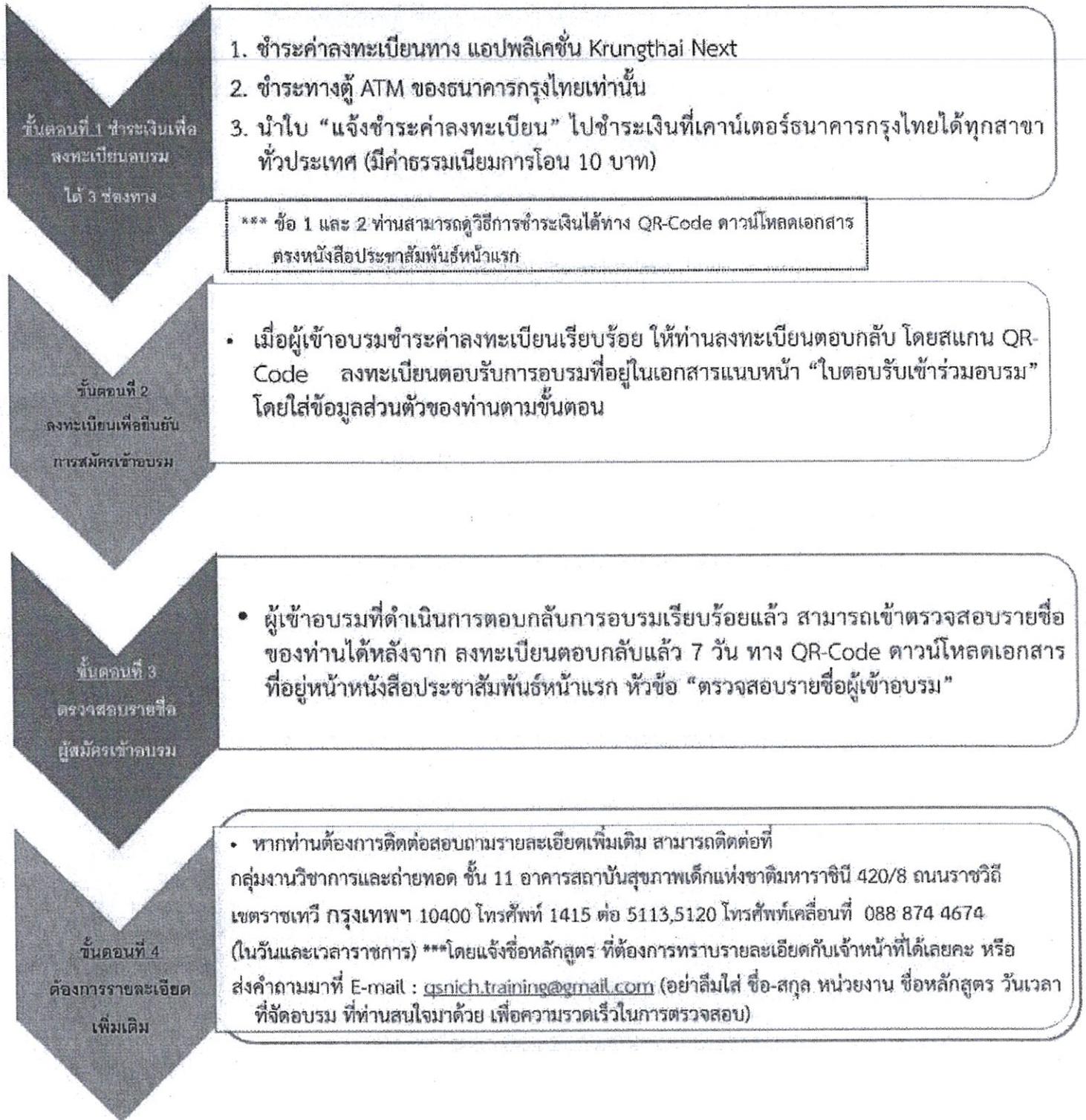


QR-Codeลงทะเบียน

หมายเหตุ

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

## ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 12 ม.ค - 7 เม.ย 2569

### สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(งานประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กฯ workshop motivation interviewing)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9614

กรุงเทพฯ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

#### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 1,200.- 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: 9614



กรุงเทพฯ

วันที่.....

สาขา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ค่าลงทะเบียน โครงการ (งานประชุมเชิงปฏิบัติการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเด็กฯ workshop motivation interviewing)

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 .....

