

พิมพ์

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
รับเลขที่ 2370
วันที่ 18 ธ.ค. 2566 เวลา 15.16 น.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่ 18718
วันที่ 18 ธ.ค. 2566

ที่ สธ ๐๓๒๑/๘๕๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๔ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาล-
บรมราชชนนีทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๑๒ - ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗ ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ - ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิด ส่งเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จัดอบรม ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (on-site) จำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๕๐๐ บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) และภาคทฤษฎี(on-site) จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน) ภาคทฤษฎี(online) จำนวน ๑๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมลล์ qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



เอกสารประชาสัมพันธ์

(นางศวันชนัน ณีตะนันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๑. เรียบ นพ. รร. สุรินทร์
๒. รือโปรดปรอง
๓. นพ. รร. สุรินทร์

ลงนาม ขอม
 มอบ.....

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ Web รร. สุรินทร์

Email address: qsnich.training@gmail.com

(นางจุฑารัตน์ บุตรดีชันธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี

นางสาวศรันดา สังข์ขาว

พนักงานพิมพ์ ส.๓

ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

“การพยาบาลทารกแรกเกิด” ในวันที่ 11 - 15 มีนาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จันทร์ 11 มี.ค. 2567	08.00- 08.30 น.	8.30 - 10.30 น.	พัก เวลา 10.30-10.45 น.	10.45 - 12.00 น.	13.00 - 14.00 น.	14.00 - 15.00 น.	พัก 15.00 -15.15 น.	15.15 - 16.15 น.			
	ลงทะเบียน	NCPDR (ภาคบรรยาย) นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง		Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.รัชฎา อนันต์วรปัญญา กลุ่มที่ 2 พว.ศุภศิริ อ้อยทอง กลุ่มที่ 3 พว.ปรารธนา รางทอง กลุ่มที่ 4 พว.วรรณิ์ จันทรมาศ กลุ่มที่ 5 พว.อรรธรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาติ นาคเรือง กลุ่มที่ 7 พว.สุพัตรา ทาอ้อ		NCPDR (ภาคบรรยาย) นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง		Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.รัชฎา อนันต์วรปัญญา กลุ่มที่ 2 พว.ศุภศิริ อ้อยทอง กลุ่มที่ 3 พว.ปรารธนา รางทอง กลุ่มที่ 4 พว.วรรณิ์ จันทรมาศ กลุ่มที่ 5 พว.อรรธรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาติ นาคเรือง กลุ่มที่ 7 พว.สุพัตรา ทาอ้อ	Megacode and debriefing 15.45 - 16.45 น. Postest และเฉลย พว.พุทธชาติ นาคเรือง		
อังคาร 12 มี.ค. 2567	8.00-8.15 น.	8.30 - 10.30 น.	พัก 10.30 - 11.00 น.	11.00 - 12.00 น.	13.00 - 14.00 น.	14.00 - 15.00 น.	พัก 15.00 -15.15 น.	15.15 - 16.15 น.			
	แนะนำระเบียบการอบรม online ลงทะเบียน			Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์					PDA นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	Pain management in neonate พว.วรรณิ์ จันทรมาศ	MAS ผศ.พญ.มิรา โครานา
	08.15 - 08.30 น. พิธีเปิดโดยผู้อำนวยการ สถาบันฯ										
พุธ 13 มี.ค. 2567	08.00 - 09.00 น.	09.00 - 10.15 น.	พักเวลา 10.15 - 10.30 น.	10.30 - 12.00 น.	BPD นพ.ศุภวัชร บุญยศักดิ์เดช	พัก 14.00-14.15 น.	14.15 - 15.15น.	15.15 - 16.15 น.			
	ROP นพ.สมมนตร์ จินดากุล	Nursing care of ROP พว.ชนารัศมี เรื่องมวงคลวิษญ์		RDS and surfactant therapy พ.ญ. นณิสตา นพรัตน์			Nursing care of BPD พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค	Enteral Feeding พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา พว.สุพัตรา ทาอ้อ			
พฤหัสบดี 14 มี.ค.2567	08.00 - 10.00 น.	พัก10.00-10.30น	10.30 - 12.00 น.	Hyperbilirubinemia นพ.สมมนตร์ จินดากุล	14.00 - 15.00 น.	พัก15.00-15.15	15.15 - 16.15 น.				
	10 Steps BF in sick neonate : The new normal พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒน์นะ		Intensive care monitoring พว.วรรณิ์ จันทรมาศ				การพยาบาลทารกที่มี ภาวะ hyperbilirubinemia พว.ศุภศิริ อ้อยทอง	Developmental care in neonate พว.วีไลรักษ์ บุษบรรณิ์			
ศุกร์ 15 มี.ค.2567	08.00 - 09.00 น.	09.00 - 10.45 น.	พัก 10.45-11.00 น.	11.00- 12.00 น.	13.00 - 14.00 น.	14.00 - 15.00 น.	พัก 15.00-15.15	พิธีปิด			
	Early warning signs & Neonatal Sepsis นพ.ศุภวัชร บุญยศักดิ์เดช	Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พุทธชาติ นาคเรือง		Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา					IVH พญ.ลลิตวดี หังสุภูติ	High Alert drug พว.อรรธรณ ขาวโสภา	

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”
วันที่ 11 - 15 มีนาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code : 9655 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)
- Company code : 9994 อบรมทฤษฎี (on-site) ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
- Company code : 9617 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 9655 , 9994 หรือ 9617 เลือก การพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

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

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณพรพิรุฬห์ ขาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียน
เข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 18 ธ.ค. 66 – 26 ก.พ. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (รูปแบบ ON-SITE)

Company Code: 9655
กรุงเทพ

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: 9655
กรุงเทพ

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 18 ธ.ค. 66 - 26 ก.พ. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ON-SITE)

Company Code: 9994
กรุงเทพ

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
กรุงเทพ

Company Code: 9994
กรุงเทพ

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 18 ธ.ค. 66 - 26 ก.พ. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ONLINE)



Company Code: 9617

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: 9617

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