

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่ 9814
วันที่ 24 มี.ย. 2567



ที่ สธ ๐๓๒๑/๓๔๔๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมโครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาล-
บรมราชชนนีทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์” ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ การใช้งานและการดูแลเครื่องมือแพทย์ ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗ จัดอบรม ณ ห้องประชุม ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในกรณีนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม รูปแบบ on-site จำนวน ๖๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

① เรียน นพ. รร. สุรินทร์
๖๕๐ ปิรดกร.ว
นิตตว ๖๕๕. ๖๖๖
Web รร. สุรินทร์
นางสาวศรีธมา สังข์ขาว
พนักงานพิมพ์ ส ๓
25 มิ.ย. 67

ขอแสดงความนับถือ
 ทราบ อนุมัติ
 สอบถาม ขอบ
 มอบ.....

(นายศุภวัชร บุญกษิตีเดช)

(นางจุฑารัตน์ บุตรดีชัยนธ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัตนบุรี

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาจักษุวิทยา
ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ผู้อำนวยการศูนย์แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์



งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔
Email address: qsnich.training@gmail.com

ดาวนโหลดเอกสาร Website QSNICH ETC

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขั้นตอนที่ 1 ชำระเงินเพื่อ
ลงทะเบียนอบรม
ได้ 3 ช่องทาง

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

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

ขั้นตอนที่ 2
ลงทะเบียนเพื่อยืนยัน
การสมัครเข้าอบรม

- เมื่อผู้เข้าอบรมชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว ให้ท่านลงทะเบียนตอบกลับ โดยสแกน QR-Code ลงทะเบียนตอบรับการอบรม “ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม” โดยใส่ข้อมูลส่วนตัวของท่านตามขั้นตอนให้ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 3
ตรวจสอบรายชื่อ
ผู้สมัครเข้าอบรม

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

ขั้นตอนที่ 4
ต้องการรายละเอียด
เพิ่มเติม

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

ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

www.childrenhospital.go.th

ตารางการอบรมหัวข้อ “การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์”

วันที่ 21-23 สิงหาคม 2567

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพุธที่ 21 สิงหาคม 2567	
07.30 – 08.00น.	ลงทะเบียน
08.00 – 08.30 น.	รับประทานอาหารเช้า
08.30 – 09.00 น.	พิธีเปิดการอบรม
09.00 – 10.30 น.	To know about Medical Equipment for nurses บรรยายโดย พว.สุเนตรา แก้ววิเชียร
10.30– 12.00 น.	หลักการใช้งานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และHHHFNC บรรยายโดย พว.ศิริพร สังขมालย์
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.00 น.	หลักการใช้งานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้ nasal CPAP บรรยายโดย พว. วรณี จันทร์มาศ
14.00 – 14.30 น.	หลักการทำงานและการบำรุงรักษา Incubator และ Photo therapy บรรยายโดย นส.มนัสนันท์ จันทวาส
14.30 – 15.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.00 – 15.30 น.	หลักการทำงานและการบำรุงรักษาของ NIBP และPulse Oximeter บรรยายโดย นาย ธนภัทร ตั้งสธิรักษ์ดี
15.30 – 16.00 น.	หลักการทำงานและการบำรุงรักษาของ Defibrillator และAED บรรยายโดย นส.รจนา อบอุ้น

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2567	
08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 15.30 น.	Workshopการใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ 1 แบ่งเป็น 5 กลุ่ม Rotation กลุ่มละ 60 นาที/ฐาน
	Rotation เวลา 08.30 - 12.00 น. กลุ่มที่ 4 และเวลา 13.00 - 15.30 น. NIBP & Pulse Oximeter & Infusion pump กลุ่มที่ 1 และ Syringe pump นส. รจนา อบอุ่น นาย ธนภัทร ตั้งสกริภักดี นส. ธัญลักษณ์ ศรีสำราล กลุ่มที่ 5 Bedside monitor ,Defibrillator และ AED กลุ่มที่ 2 HHHFNC นส.มนัสนันท์ จันทวาส นส. ศิรินทิพย์ ยูชูพี นส. อรุณรัตน์ คำหม่อง กลุ่มที่ 3 Incubator และ Photo therapy พว.ธัญญารัตน์ วารสิน พว.กรรณิการ์ พันธโคตร
	- พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30-11.00 น. และ 14.00 – 14.30 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00 – 13.00 น.

วันศุกร์ที่ 23 สิงหาคม 2567	
08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 10.30 น.	Workshop การใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ 2 ฐานที่ 1 (08.30 – 09.30 น.) Ventilator พว. สุเนตรา แก้ววิเชียร พว. โชติมา สิ้นเจิมศิริ ฐานที่ 2 (09.30 – 10.30 น.) Non invasive Ventilator พว. ศิริพร สังขมालย์ พว. วิวรรณิ ทางเจริญ
	(เวลา Workshop 60 นาที/ ฐาน)
10.30 – 10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45 – 12.00 น.	ปัญหาที่พบจากการใช้งานเครื่องมือแพทย์ บรรยายโดย พว.สุเนตรา แก้ววิเชียร
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.30 น.	Home Health Care บรรยายโดย พว. วิวรรณิ ทางเจริญ
14.30 น.	พิธีปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์”
วันที่ 21 - 23 สิงหาคม 2567

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

Company code: 9611 การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ ค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9611
เลือก การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ความพึงพอใจต่อระบบการชำระเงิน มาก ปานกลาง น้อย

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน(ชื่อโรงพยาบาล).....

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

อาหาร ทั่วไป อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ขาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชมิวลี 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
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้หลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ QR-code ดาวน์โหลดเอกสาร
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 4 มิ.ย 67 - 5 ส.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์



Company Code: 9611

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,800.- 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: 9611
กรุงไทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์)
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

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

