

กำหนดการอบรมระยะสั้น "Trends in Pediatric care from Neonates to Childhood"

วันที่ 17 - 19 สิงหาคม 2565

ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ โปษยกฤต ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพุธ 17 สิงหาคม 2565

เวลา	หัวข้อ
08.00 - 08.50 น.	ลงทะเบียน
08.50 - 09.40 น.	Change in neonatal care from past to present โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงมิ่งรา โครานา
09.40 - 11.10 น.	Neonatal sepsis and sepsis-like illness โดย ผศ.พิเศษ นายแพทย์ศุภวัชร บุญกษิตเดช แพทย์หญิงวรรณนิศา กุ์เจริญ
11.10 - 11.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
11.30 - 12.20 น.	Symposium I (Janssen)
12.20 - 13.10 น.	Symposium II (Beiersdorf)
13.10 - 14.00 น.	COVID-19 in neonate โดย นายแพทย์สมมนตรี จินดากุล
14.00 - 14.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
14.20 - 15.10 น.	How to build resilience in COVID-19 Era โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงอดิสรุสดา เพ็องฟู
15.10 - 16.00 น.	Thai CPG Pediatric Parenteral Nutrition โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงอรวรรณ เอี่ยมโอภาส

วันที่ 18 สิงหาคม 2565

เวลา	หัวข้อ
08.00 - 08.50 น.	Spot diagnosis in Dermatology โดย แพทย์หญิงชนกานต์ สุขณิวัฒน์
08.50 - 09.40 น.	Allergic rhinitis โดย แพทย์หญิงทัศนภา แดงสุวรรณ
09.40 - 11.10 น.	"Thyroid gland" From fetal to neonatal โดย นายแพทย์เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง แพทย์หญิงพิริยา จันทราธรรมชาติ
11.10 - 11.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
11.30 - 12.20 น.	Symposium III (Pfizer)
12.20 - 13.10 น.	Symposium IV (Chiesi)
13.10 - 14.00 น.	COVID-19 in pediatric โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงพัชต์เพ็ญ สิริคุตต์
14.00 - 14.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
14.20 - 15.10 น.	Neonatal liver failure โดย นายแพทย์สิโรจน์ ขนอม
15.10 - 16.00 น.	"Newborn Screening for IEM" How to Deal with It? โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์ คุปตานนท์

วันที่ 19 สิงหาคม 2565

เวลา	หัวข้อ
08.00 - 08.50 น.	Spot Diagnosis in Hematology โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงอรุโณทัย มีแก้วกฤษธร
08.50 - 09.40 น.	Renal Tubular Acidosis โดย นายแพทย์ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล
09.40 - 11.10 น.	Hypoxic Ischemic Encephalopathy โดย แพทย์หญิงจินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา นายแพทย์กุลเสฏฐ ศักดิ์พิชัยสกุล
11.10 - 11.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
11.30 - 12.20 น.	Symposium V (LG Chem)
12.20 - 13.10 น.	Symposium VI (VIATRIS)
13.10 - 14.00 น.	MIS-C & Long Covid in Child โดย แพทย์หญิงพรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์
14.00 - 14.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
14.20 - 15.10 น.	Respiratory Quiz โดย แพทย์หญิงกณทิมาศ สิทธิกุล
15.10 - 16.00 น.	Hydrops Fetalis โดย แพทย์หญิงลลิตาวดี ทังสุภฤดี

วันที่ 18 สิงหาคม 2565

เวลา	หัวข้อ
08.00 - 08.30 น.	Spot Diagnosis in Hematology
08.30 - 09.40 น.	Renal Tubular Acidosis
09.40 - 11.10 น.	Hypoxic Ischemic Encephalopathy
11.10 - 11.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
11.30 - 12.20 น.	Symposium III (Pfizer)
12.20 - 13.10 น.	Symposium IV (Novartis)
13.10 - 14.00 น.	MIS-C & Long Covid
14.00 - 14.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
14.20 - 15.10 น.	Respiratory Quiz
15.10 - 16.00 น.	Hydrops Fetalis

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง "Trends in Pediatric care from Neonates to Childhood"

วันที่ ๑๗ - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ฯ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน > อัตราค่าลงทะเบียน (On-site) ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)
อัตราค่าลงทะเบียน (On-line) ๑,๕๐๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือกชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส (on-site: ๙๖๑๒) (on-line: ๙๖๔๙) เลือก หลักสูตรการอบรมเผยแพร่ความรู้และวิชาการด้านกุมารเวชศาสตร์ หลังจากนั้นทำตามขั้นตอน เลขที่อ้างอิง ใส่เลขที่บัตรประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

โอนผ่านธนาคาร นำใบชำระเงินค่าลงทะเบียนที่แนบมาพร้อมหนังสือไปชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขา

ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

E-mail address ID LINE:

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่ ไม่เคย เคย ระบุปีที่อบรม.....

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้เข้าอบรม หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันทิ หรือ คุณวไลพร เพื่องสูงเนิน กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด ชั้น ๑๑

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔ (ในเวลาราชการ)

หมายเหตุ ● เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง

หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายัง Email: qsnich.training@gmail.com

หรือทางโทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

● ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน ๗ วันได้ที่

www.childrenhospital-training.com

● ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถ

เข้ารับการอบรมได้



ใบตอบรับเข้าอบรม



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(Trends in Pediatric care from Neonates to Childhood)



Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้ชำระเงิน

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

กรุงไทย



Company Code: 9612

วันที่.....

กรุงไทย

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Trends in Pediatric care from Neonates to Childhood)

สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้ชำระเงิน

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 ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(Trends in Pediatric care from Neonates to Childhood)



Company Code: 9649

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 1,500.- 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: 9649

วันที่.....

กรุงเทพ

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Trends in Pediatric care from Neonates to Childhood)

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