

ตัว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์  
รับเลขที่..... 2752  
วันที่..... 20 ก.พ. 2569



ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๐๗๕๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก”  
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 ๒ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัด  
อบรมหลักสูตร เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)  
ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom และจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา  
ความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง และศักยภาพการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยใน  
การดูแลผู้ป่วย วันที่ ๑๘ - ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา  
มหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญพยาบาลวิชาชีพ และ  
อาจารย์ที่สนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยอบรมรูปแบบ on-site  
จำนวน ๘๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) และอบรมรูปแบบ online  
จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๒๐๐ บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน) เปิดรับสมัครตั้งแต  
วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ - ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบ  
กระทรวงการคลังจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital.go.th](http://www.childrenhospital.go.th)  
หรือ QR-Code ด้านล่าง และสอบถามเพิ่มเติมด้านล่างทะเบียน โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔  
สอบถามด้านวิชาการที่ฝ่ายการพยาบาล โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๘๐๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒน์นะ)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



QR-code ลงทะเบียน

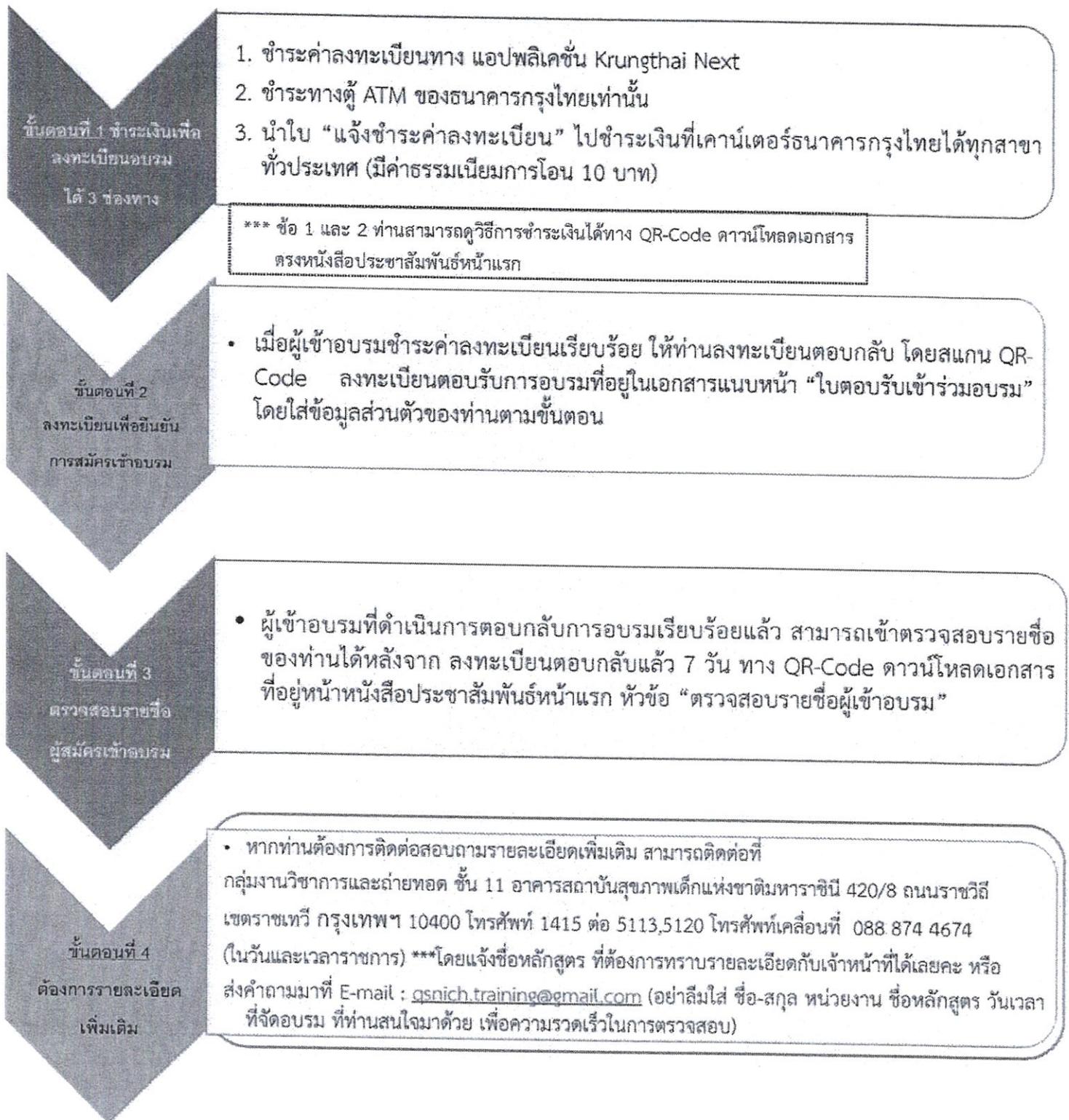
ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ  
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด  
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดมท.ราชินี  
 “การพยาบาลผู้ป่วยโรคลำไส้ในเด็ก” ครั้งที่ 4 วันที่ 18 - 20 พฤษภาคม 2569  
 ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดมท.ราชินี

ว/ด/ป	08.00 – 10.00 น.	10.30 – 12.00 น.	13.00 – 14.00 น.	14.30 – 16.00 น.
จันทร์ 18 พ.ค. 2569	8.00 – 8.15 น. ลงทะเบียน	บรรยายเรื่อง Management in Pediatric Cancer Patients ผศ.พิเศษ พญ.สมใจ กาญจนมาพงศ์กุล	Management of Chronic Abdominal Pain in Children: From Functional Pain to IBD พญ.ศิริลักษณ์ เจนนวัตร	Nursing Care of IBD (Inflammatory Bowel Disease) พว.ชินจิตร กิจแสงทอง
	8.15 – 8.30 น. พิธีเปิด			
อังคาร 19 พ.ค. 2569	08.00 – 8.15 น.	11.00 – 12.00 น.	13.00 – 14.00 น.	14.30 – 16.00 น.
	8.15 – 9.15 น. บรรยายเรื่อง Trend of Nursing Care in chronic disease Pediatric ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย	9.30 – 11.00 น. บรรยายเรื่อง Nursing Care in Pediatric Cancer Patients พว.น้อยนุช พรหมมาสกุล	บรรยายเรื่อง DM type I พญ.ช่อแก้ว คงการค้า	อภิปรายเรื่อง Nursing Care of Pediatric DM Type I in OPD/ IPD พว.ศิริพรยา สมเสน พว.ปิ่นนภา ชูเกิด
พุธ 20 พ.ค. 2569	08.00 – 8.30 น.	9.30 – 10.30 น. บรรยายเรื่อง Nursing care of Pediatric Seizure พว.ปิยะนารถ พรหมมาสกุล	13.00 – 14.30 น. บรรยายเรื่อง Genetic disease Pediatric Patients พญ.จุฬาลักษณ์ คุปตานนท์	Q & A ปิดการอบรม
	8.30 – 9.30 น. บรรยายเรื่อง Chronic respiratory disease in Pediatric ผศ.พิเศษ นพ.ประวิทย์ เจตน์ชัย			

ทั้งระบบ onsite และระบบ online

## ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์  
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

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

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม  
เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก”  
วันที่ 18 - 20 พฤษภาคม 2569

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code: 9856 on-site ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)  
 Company code: 92156 online ค่าลงทะเบียน 2,200 บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- โอนผ่าน Krungthai Next       โอนผ่านตู้ ATM       ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร  
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9856 หรือ 92156  
เลือก การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า) .....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล) .....

ตำแหน่ง/งานที่ได้รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน(ชื่อโรงพยาบาล).....

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

อาหาร                       ทวีไป                       อิสลาม                       อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม       ชื่อผู้ลงทะเบียน                       หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

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

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ขาดะวราหะ 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](mailto: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 2 ก.พ. 69 - 5 พ.ค. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก (รูปแบบ ON-SITE)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9856

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: 9856  
กรุงเทพ

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก ON-SITE)  
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 .....



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 2 ก.พ. 69 – 5 พ.ค. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก (รูปแบบ ONLINE)

\*\*\*\*\*

Company Code: 92156  
กรุงเทพ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 2,200.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท      เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

ส่วนของธนาคาร  
กรุงเทพ

Company Code: 92156  
กรุงเทพ

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก ONLINE)  
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 .....