



โรงพยาบาลอุทัยธานี
 เลขรับ.....1433
 วันที่.....๗.๙.๖๖๗.....
 เวลา.....๐๙.๒๒.....

ที่ อ.น. ๐๐๓๓.๐๐๙/๑๖๖๖๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ๖๑๐๐๐

๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

กลุ่มภารกิจ พรส.
 เลขรับ.....276
 วันที่.....๙ ก.พ. ๒๕๖๗
 เวลา.....10:07.....

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่สธ ๐๓๒๑/๕๓ ลงวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ" ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ระบบ Zoom และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจ พัฒนาศักยภาพการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ ๑๓ - ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ขอประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลวิชาชีพที่สนใจเข้ารับการอบรมรูปแบบ online ค่าลงทะเบียนคนละ ๓๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) และการอบรมรูปแบบ on-site ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ เห็นควรแจ้ง

- กลุ่มการพยาบาล
- กลุ่มงานเภสัชกรรม
- กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
- กลุ่มงานพยาธิวิทยา
- กลุ่มงานทันตกรรม
- กลุ่มงานศูนย์คุณภาพ/ยุทธศาสตร์และแผนงานฯ
- องค์กรแพทย์.....
- ระบุ.....
- กลุ่มงานสุขศึกษา
- ศูนย์ประกันสุขภาพ
- กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม
- กลุ่มงานรังสีวิทยา
- กลุ่มงาน พรส.

ขอแสดงความนับถือ

(นายมนต์ชัย อโณวรรณพันธ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

(นายคณิต เปรื่องปราช)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 - ๙ ก.พ. ๒๕๖๗

(นางสุพรรณีย์ คำจันทร์)

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการ
 โทร. ๐ ๕๖๕๑ ๑๕๖๕ ต่อ ๓๐๑ และสนับสนุนบริการสุขภาพ
 โทรสาร. ๐ ๕๖๕๑ ๑๓๒๗
 - ๙ ก.พ. ๒๕๖๗

กรมส่งเสริมสุขภาพ
รับเลขที่ ๑๒๓
วันที่ ๒๑ มี.ค. ๖๗
เวลา



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
รับเลขที่ 1327
วันที่ 31 มี.ค. 2567
เวลา 15:57

ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ"

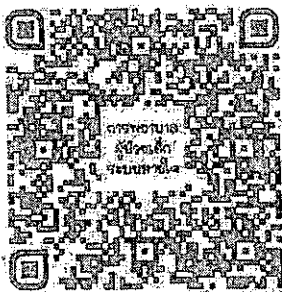
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ" ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ระบบ Zoom และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจ และพัฒนาศักยภาพการรู้ใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ ๑๓ - ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาล เข้าร่วมการอบรมรูปแบบ online จำนวน ๑๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) และการอบรมรูปแบบ on-site จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แบบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร:๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsni.ch.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนัยนา ภูมิชนะนันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการส่วนหน้า ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ดาวน์โหลดเอกสาร
ณ www.childrenhospital.go.th วันที่ ๒๑ มี.ค. ๖๗

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

www.childrenhospital.go.th / Email address: qsni.ch.training@gmail.com



ตารางการอบรมหัวข้อ "Nursing Management for Respiratory Problem in Neonate and Pediatric"

วันที่ 13-17 พฤษภาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยาม 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันจันทร์ที่ 13 พฤษภาคม 2567	
08.00 - 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 - 08.45 น.	พิธีเปิดการประชุม
08.45 - 09.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
09.00 - 10.30 น.	Gas Management in Respiratory system บรรยายโดย ศ.ดร.วิณา จีระแพทย์
10.30 - 12.00 น.	Non -invasive Ventilation in Neonate บรรยายโดย พว.วรรณิ์ จันทมาศ
12.00 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 15.00 น.	Common Respiratory Problem in Neonate บรรยายโดย ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิตีเดช
15.00 - 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 - 16.15 น.	Nursing care for Respiratory Problem in Neonate บรรยายโดย พว.วรรณิ์ จันทมาศ

วันอังคารที่ 14 พฤษภาคม 2567	
07:45 - 08:00 น.	ลงทะเบียน
08:00 - 09:00 น.	Common Respiratory Problem in Pediatric บรรยายโดย ผศ.นพ.ประวิทย์ เจตน์ชัย
09:00 - 10:00 น.	Acute Respiratory Problem in Pediatric บรรยายโดย พญ. วงศ์ตะวัน อำนวยยศสมบัติ
10:00 - 10:15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10:15 - 11:15 น.	ARDS บรรยายโดย พญ.กัญทิมาศ สิทธิกุล
11:15 - 12:15 น.	Respiratory monitoring and wave from monitoring บรรยายโดย พญ.พนิดา ศรีสันต์
12:15 - 13:00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13:00 - 15:00 น.	Invasive Ventilation in Pediatric (Conventional & HFOV) บรรยายโดย นพ.เฉลิมไทย เอกศิลป์
15:00 - 15:15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15:15 - 16:15 น.	Chest physiotherapy บรรยายโดย อภจรรย์ขวัญดาว นาวบุตร

วันพุธที่ 15 พฤษภาคม 2567	
07:45 - 08:00 น.	ลงทะเบียน
08:00 - 09:30 น.	Nursing care for Respiratory Problem in Pediatric บรรยายโดย พว.ศิริพร สังฆมาลัย
09:30 - 10:00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10:00 - 11:00 น.	Nursing care of BPD in neonatal บรรยายโดย พว.โสภกา ผดุงสิทธิโชค
11:00 - 12:00 น.	Non - invasive Ventilation in Pediatric บรรยายโดย นพ.เฉลิมไทย เอกศิลป์
12:00 - 13:00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13:00 - 16:00 น.	Oxygen Therapy Nursing Management บรรยายโดย พว.สุนตรา แก้ววิเชียร
	พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 15:00 - 15:15 น.

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง: "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ"
วันที่ 13- 17 พฤษภาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code: 9615 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท (หักพันบาทถ้วน)
 Company code: 92156 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (online) ค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู ชำรบัญ / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9615 หรือ 92156
เลือกการพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ-ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุตำแหน่ง)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล).....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

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

อาหาร ทั่วไป อิสลาม อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน: (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณวโรพร เพ็ญสูงเนิน: กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

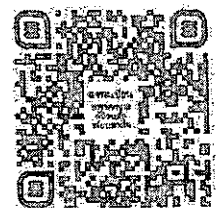
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)

หมายเหตุ

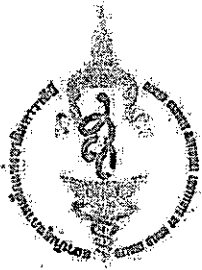
• เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com

• ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ QR-code ด้านหลังเอกสาร

• ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ไม่มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ลงทะเบียน
เข้าร่วมอบรม



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 15 ม.ค. - 29 เม.ย. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ (รูปแบบ ON-SITE)

Company Code: 9615
กรุงเทพฯ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ บาท จำนวนที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

ส่วนของธนาคาร
กรุงเทพฯ

Company Code: 9615
กรุงเทพฯ

วันที่

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ รูปแบบ ON-SITE) สาขา

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ประเภทการชำระ	รายละเอียด	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Bath)
<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 15 ม.ค. - 29 เม.ย. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่างวดเบี้ยน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ (รูปแบบ ONLINE)

Company Code: 92156
กรุงเทพ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เก็บบรณ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่างวดเบี้ยน

ค่างวดเบี้ยน..... อัตรา 3,800.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงินผ่านธนาคาร ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การค่างวดเบี้ยนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่างวดเบี้ยน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท เจ้าหน้าที่รับค่าที่รับชำระเงิน.....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

ส่วนของธนาคาร
กรุงเทพ

Company Code: 92156
กรุงเทพ

วันที่.....

ค่างวดเบี้ยน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ รูปแบบ ONLINE) สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เก็บบรณ.....

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.....