



โรงพยาบาลอุทัยธานี  
 เลขรับ 3291  
 วันที่ ๒๗ มี.ค. ๒๕๖๗  
 เวลา 13.41

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๕๐๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
 ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
 กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๑๗ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในหัวข้อ "การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Transthoracic Echocardiography for Congenital Heart Disease: Workshop with Hybrid Conference)"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/สำนักงานเขตสุขภาพ/วิทยาลัยพยาบาล

กลุ่มภารกิจ พรศ.  
 เลขรับ ๕๘๑  
 วันที่ ๒๘ มี.ค. ๒๕๖๗  
 เวลา 11:00

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- กำหนดการ
  - ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
  - ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในหัวข้อ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Transthoracic Echocardiography for Congenital Heart Disease: Workshop with Hybrid Conference) แบบ Hybrid โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะในการตรวจประเมินโรคหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง ในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุม ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงขอเชิญบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพต่างๆ หรือพยาบาลที่ทำงานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจเข้ารับการอบรมดังกล่าว ผู้สนใจเข้าอบรม on-line จำนวน ๑๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๑,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ผู้สนใจเข้าอบรม on-site จำนวน ๓๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital.go.th](http://www.childrenhospital.go.th) และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๕๖๗๔ ทั้งนี้สามารถสมัครผ่าน QR Code และอีเมล [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี  
 เพื่อโปรดทราบ เห็นควรแจ้ง

- จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ
- ขอแสดงความนับถือ
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> กลุ่มการพยาบาล                           | <input type="checkbox"/> กลุ่มงานสุขศึกษา                     |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานเภสัชกรรม                        | <input type="checkbox"/> ศูนย์ประกันสุขภาพ                    |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานเวชกรรมสังคม                     | <input type="checkbox"/> กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม                 |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานพยาธิวิทยา                       | <input type="checkbox"/> กลุ่มงานรังสีวิทยา                   |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานทันตกรรม                         | <input type="checkbox"/> กลุ่มงาน พรศ.                        |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานศูนย์คุณภาพ/ยุทธศาสตร์และแผนงานฯ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม            |
| <input type="checkbox"/> องค์การแพทย์.....                        | ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| <input checked="" type="checkbox"/> ระบุ.....                     |   |

(นายศุภวัชร บุญชิต์เดช)

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม  
 โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐  
 Email: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)  
 (นายคณิต เปรื่องปราชา)



นางสุพรรณีย์ คำจันทร์)  
 วยการด้านพัฒนาระบบบริการ  
 และสนับสนุนบริการสุขภาพ  
 ๒๘ มี.ค. ๒๕๖๗

กำหนดการ

การอบรมเชิงปฏิบัติการ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด  
 Transthoracic Echocardiography for Congenital Heart Disease: Workshop with hybrid conference  
 20-21 พฤษภาคม 2567 ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันจันทร์ที่ 20 พฤษภาคม 2567

08.45-09.00 น.	พิธีเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้กล่าวรายงาน ผศ.นพ.วรการ พรหมพันธุ์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์และหัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ				
09.00-10.00 น.	บรรยายเรื่อง Anatomy and physiology of the heart โดย ผศ.นพ.วรการ พรหมพันธุ์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์และหัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ				
10.00-11.00 น.	บรรยายเรื่อง Segmental approach to anatomic analysis of Congenital Heart Disease โดย นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา กุมารแพทย์โรคหัวใจ				
11.00-12.00 น.	อภิปรายเรื่อง Indications, skills and knowledge, patient preparation and safety for Pediatric Echocardiography โดย นพ.ธีรพงศ์ ว่องวิภาสมิตกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ และ อ.นฤมล สมชื่อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน				
13.00-14.00 น.	บรรยายเรื่อง Perform pediatric echocardiography โดย อ.วิวรรธน์ วิรัชลาภ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก				
14.00-15.00 น.	Case discussion : Segmental approach to anatomic analysis of congenital heart disease โดย นพ.ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน กุมารแพทย์โรคหัวใจ นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา กุมารแพทย์โรคหัวใจ นพ.ธีรพงศ์ ว่องวิภาสมิตกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.ภูมิพัฒน์ หิมะพรม นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก Case moderator อ.นคร ฤทธิเต็ม นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก				
15.00-18.00 น.	Workshop: Perform pediatric echocardiography แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้				
กลุ่มที่ 1 นำปฏิบัติโดย ผศ.นพ.วรการ พรหม พันธุ์ กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.พันทิพา เสือฉิม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 2 นำปฏิบัติโดย พญ.พิมพ์ภัค ประชา ศิลป์ชัย กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.ศศิวิมล ชุ่มดี นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 3 นำปฏิบัติโดย พญ.พรณธิป ภัทรกุล วิวัฒน์ กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.วิวรรธน์ วิรัชลาภ นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 4 นำปฏิบัติโดย นพ.กตัญญู บุญยวาณิชย์ กุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.นคร ฤทธิเต็ม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 5 นำปฏิบัติโดย นพ.ธีรพงศ์ ว่องวิภาสมิต กุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.ภูมิพัฒน์ หิมะพรม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	

หมายเหตุ: พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.10 น. และ 14.50-15.00 น.

วันอังคารที่ 21 พฤษภาคม 2567

09.00-10.00 น.	บรรยายเรื่อง Acyanotic Congenital Heart Disease โดย นพ.กตัญญู บุญยวาณิชกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
10.00-11.00 น.	บรรยายเรื่อง Cyanotic Congenital Heart Disease โดย พญ.พิมพ์ภักดิ์ ประชาศิลป์ชัย กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
11.00-12.00 น.	บรรยายเรื่อง Critical Congenital Heart Disease โดย พญ.พรพรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน			
13.00-14.00 น.	Case discussion: Common Congenital Heart Disease โดย ผศ.นพ.ธนระรัตน์ ลยางกูร กุมารแพทย์โรคหัวใจและประธานมูลนิธิเด็กโรคหัวใจฯ พญ.พิมพ์ภักดิ์ ประชาศิลป์ชัย กุมารแพทย์โรคหัวใจ พญ.พรพรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ นพ.กตัญญู บุญยวาณิชกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ Case moderator อ.พันทิพา เสือฉิม นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
14.00-17.00 น.	Workshop: Congenital Heart Echocardiography (Shunt lesion, Obstructive lesion and Complex lesion) แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้			
กลุ่มที่ 1 นำปฏิบัติโดย ผศ.นพ.วรการ พรหม พันธุ์ กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.พันทิพา เสือฉิม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 2 นำปฏิบัติโดย พญ.พิมพ์ภักดิ์ ประชา ศิลป์ชัย กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.ศศิวิมล ชุ่มดี นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 3 นำปฏิบัติโดย พญ.พรพรรณธิป ภัทรกุล วิวัฒน์ กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.วิวรรธน์ วิรัชลาภ นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 4 นำปฏิบัติโดย นพ.กตัญญู บุญยวาณิช กุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.นคร ฤทธิเต็ม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 5 นำปฏิบัติโดย นพ.ธีรพงศ์ ว่องวิภาสमित กุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.ภูมิพัฒน์ ทิมะพรม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก

หมายเหตุ: พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.10 น. และ 13.50-14.00 น.





## สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

แจ้งการชำระค่าลงทะเบียน การอบรม เรื่อง การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจ  
 พิการแต่กำเนิด (on-line)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9610

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตรการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนฯ (ลงทะเบียนตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67) อัตรา 1,000.- บาท/ท่าน

### การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี  
 ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ .....

บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9610

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนฯ  
 (ลงทะเบียนตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67) 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 .....



## สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การชำระค่าลงทะเบียน การอบรม เรื่อง การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจ  
พิธีการแต่กำเนิด (on-site)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9856

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -      -       -   - 

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

## ค่าลงทะเบียน

 ค่าลงทะเบียนหลักสูตรการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนฯ (ลงทะเบียนตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67) อัตรา 2,000.- บาท/ท่าน

## การชำระเงิน

 ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี  
 ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ .....

บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย

Company Code: 9856

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนฯ  
 (ลงทะเบียนตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67) 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 .....