



โรงพยาบาลอุทัยธานี
เลขรับ..... 4124
วันที่..... ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๗
เวลา..... 12.0๕

ที่ อนุ ๐๐๓๓.๐๐๘/ว ๗๕๓๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี ๖๑๐๐๐

๑๕ เมษายน ๒๕๖๗

กลุ่มภารกิจ พรศ.
เลขรับ..... 757
วันที่..... ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๗
เวลา..... 14:๐4

เรื่อง การอบรม เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

- | | |
|----------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบชำระเงิน | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก” ครั้งที่ ๒ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง และศักยภาพการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ขอประชาสัมพันธ์ให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานของท่าน เข้าร่วมอบรมหลักสูตรดังกล่าว รูปแบบ on-site ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท และรูปแบบ online ค่าลงทะเบียน ๒,๒๐๐ บาท ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

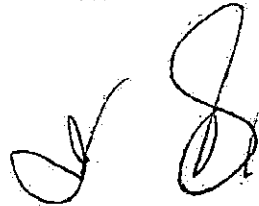
จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ เห็นควรแจ้ง

- | | |
|---|---|
| <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 | |
| <input type="checkbox"/> องค์การแพทย์..... | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน |
| <input checked="" type="checkbox"/> ระบุ..... ID๓๕๓๕ พ.๒๒ ๒๕๖๗ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี |

ขอแสดงความนับถือ



(นายมนต์ชัย อโนวรรณพันธ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี



(นายคณิต เปรื่องปราช)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

๒๓ เม.ย. ๒๕๖๗

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร. ๐ ๕๖๕๑ ๑๕๖๕ ต่อ ๓๐๑

โทรสาร ๐ ๕๖๕๑ ๑๓๒๗



ดาวน์โหลดเอกสาร



Website QSNICH ETC



(นางสุพรรณีย์ คำจันทร์)

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการ

และสนับสนุนบริการสุขภาพ ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๗

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก” ครั้งที่ 2 วันที่ 17-19 กรกฎาคม 2567
 ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 - 2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป		08.30 - 10.00 น.			10.30 - 12.00 น.		13.00 - 14.30 น.		15.00-16.00 น.
พุธ 17 ก.ค. 2567	8.00 - 8.15 น. ลงทะเบียน	Trend of Nursing Care in chronic disease Pediatric ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย		พัก 10.00-10.30 น.	Management in Pediatric Cancer Patients ผศ.พิเศษ พญ.สมใจ กายจนางศกุล	พัก 12.00 - 13.00 น.	Nursing Care in Pediatric Cancer Patients พว. สูดใจ จิตตยานนท์	พัก 14.30-15.00 น.	Management of seizure In Pediatric พญ.ศิริรัตน์ สุวรรณโชติ
	พิธีเปิด 8.15 - 8.30 น.								
พฤหัสบดี 18 ก.ค. 2567	08.00 - 8.30น.	8.30-9.30 น.	9.30-10.30 น.	พัก 10.30-	10.45 - 12.00 น.	พัก 12.00 - 13.00 น.	13:00 - 14.30 น.	พัก 14.30-15.00 น.	15.00-16.00 น.
	ลงทะเบียน	DM type I พญ.ช่อแก้ว คงการคำ	Nursing Care of Pediatric DM Type I in OPD พว.ศิรินทรยา สมเสน		Nursing Care of Pediatric DM-Type I in IPD พว.หทัยรัตน์ คล้ายพันปี พว.ชไมพร โคสาสู		Nursing care of Pediatric Seizure พว. วรรษา แซ่อย		Genetic counseling in Pediatric. พว.ณัฐสินี ภูวศักดิ์ศุภเลิศ
ศุกร์ 19 ก.ค. 2567	08.00 - 8.30 น.	8.30-9.30น.	9.30-10.30	พัก 10.30-11.00 น.	11.00 - 12.00 น.	พัก 12.00 - 13.00 น.	13.00 - 14.30 น.	พัก 14.30-15.00 น.	15.00-16.00 น.
	ลงทะเบียน	Update on Thalassemia พญ.อรุโณทัย มีแก้วกฤษกร	Nursing Care of Thalassemia in Pediatric Patients พว.มาลี สูดเส้นผม		Pain management in palliative Care พญ.เดือนเพ็ญ ทอรัตนารเรือง		Quality of life in chronic disease Pediatric พว.จानी แม่นย่า		Q & A ปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก ครั้งที่ 2"
วันที่ 17 - 19 กรกฎาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code: 9609 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก on-site ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)
 Company code: 9994 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก 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 9609 หรือ 9994 เลือก การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก 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 ทัวไป อิสลาม อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ชาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113 หรือ 088 874 4674 (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ QR-code ดาวน์โหลดเอกสาร
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย 67 - 1 ก.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9609

กรุงศรี

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

กรุงศรี



Company Code: 9609
กรุงศรี

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก รูปแบบ ON-SITE)

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.....



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย 67 - 1 ก.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก (รูปแบบ ONLINE)

Company Code: 9994
กรุงไทย

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

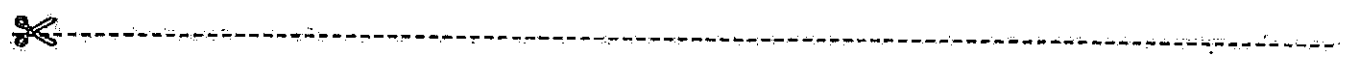
ค่าลงทะเบียน

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
กรุงไทย

Company Code: 9994
กรุงไทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก รูปแบบ ONLINE) 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.....