

คทช



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๒๖๒

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการอบรม
  ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
  ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพยาบาลเด็ก” ครั้งที่ ๔๐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก การป้องกันและฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑-๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รูปแบบ on-site จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) และรูปแบบ online จำนวน ๑๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ [www.childrenhospital.go.th](http://www.childrenhospital.go.th) สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย  
ขอแสดงความนับถือ

(นายศุภวัชร บุญกษิต์เดช)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม  
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔  
Email address: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)



ดาวนโหลดเอกสาร



Website QSNICH ETC

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิทราราชินี  
 “การพยาบาลเด็ก” ครั้งที่ 40 วันที่ 17-21 มิถุนายน 2567

ณ ห้องประชุมสยาม 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิทราราชินี

ว/ด/ป	09.00 – 10.00 น.	10.30 – 12.00 น.	13.00-14.30 น.	14.45-16.15 น.
จันทร์ 17 มิย. 2567	8.00 – 8.30 น. ลงทะเบียน	Biopsychosocial care for hospitalized child พว.ปริภาดา สร้างนอก	Nutrition problem in pediatric ผศ.พิเศษ พญ.อรพรรณ เอี่ยมโสภาส	การประเมินพัฒนาการในเด็ก พว.วิไลรักษ์ บุชบรรณ
	8.30 – 9.00 น. พิธีเปิด			
อังคาร 18 มิย. 2567	08.00-8.15 น.	09.30 – 11.00 น.	Common problem in Pediatric Neurology พญ.ศิริรัตน์ สุวรรณโชติ	Nursing care in Pediatric Neurology พว.วรรษษา แซ่ฮ่วย
	ลงทะเบียน	Dengue Hemorrhagic Fever พญ.ประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา พว.สุภาพร บัวบาน		
พุธ 19 มิย. 2567	08.00-8.15 น.	08.15 – 09.15	โรคหัวใจในผู้ป่วยเด็ก นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา	Nursing Management in pediatric cardiology พว.ปิยะนารถ พรหมมาสกุ
	ลงทะเบียน	โรคมะเร็งและโรคเลือด ในผู้ป่วยเด็ก ผศ.พิเศษพญ.สมใจ กายูณาพงศ์กุล		
พฤหัสบดี 20 มิย. 2567	8.00-8.15 น.	09.30 – 10.30 น.	Respiratory disease in Pediatric พญ.กัญชมาศ สิทธิกุล	14.15 - 16.15 น. Nursing care for GI problem in pediatric พว.ธัญญา ตีปานวงศ์
	ลงทะเบียน	การพยาบาลโรคมะเร็ง และโรคเลือดผู้ป่วยเด็ก พว.พรทิพย์ แพรกระจ่าง		
ศุกร์ 21 มิย. 2567	8.00-8.15 น.	08.30- 12.00 น.	Palliative Care พว.วาณี แม่นยำ	14.00 - 14.30 น. Q & A ปิดการอบรม
	ลงทะเบียน	Work shop กลุ่มที่ 1 พว.รัชนิกร พัทธะไล, พว.สมกานต์ มังการเจริญกุล (08.30-09.00 น.) กลุ่มที่ 2 พว.ชื่นจิตร กิ่งแสงทอง, พว.รุ่งทิวา ทวีทรัพย์ (09.00-09.30 น.) กลุ่มที่ 3 พว.วิวรรธณี ทางเจริญ, พว.วรรณดี บุญสม (09.30-10.00 น.) กลุ่มที่ 4 พว.ชไมพร โคสาคู (10.30-11.00 น.) กลุ่มที่ 5 พว.จุฑาพร ชมจินท์กั พว.สมฤทัย แม่นดวง (11.00-11.30 น.) กลุ่มที่ 6 พว.ศิริพร สังขมาลัย, พว.นริศราวรรณ ชัยศรี (11.30-12.00 น.) หมายเหตุ : พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.00 -10.30 น. ( 30 นาที/ 1 Station)		

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม  
เรื่อง “การพยาบาลเด็ก ครั้งที่ 40”  
วันที่ 17 - 21 มิถุนายน 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

\*\*\*\*\*

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code : 9655 การพยาบาลเด็กรูปแบบ on-site ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)  
 Company code : 9608 การพยาบาลเด็กรูปแบบ online ค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- โอนผ่าน Krungthai Next       โอนผ่านตู้ ATM       ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร  
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9655 หรือ 9608 เลือก การพยาบาลเด็ก ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ความพึงพอใจต่อระบบการชำระเงิน       มาก       ปานกลาง       น้อย

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุตำแหน่ง) .....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล) .....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน(ชื่อโรงพยาบาล).....

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

อาหาร       ทั่วไป       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)



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 มี.ค. 67 - 31 พ.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
การพยาบาลเด็ก (รูปแบบ ON-SITE)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9655

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

**ค่าลงทะเบียน**

ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,000.- 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: 9655

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลเด็ก 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 มี.ค. 67 - 31 พ.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
การพยาบาลเด็ก (รูปแบบ ONLINE)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9608

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -      -       -   -

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

**ค่าลงทะเบียน**

ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,800.- 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: 9608

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลเด็ก 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 .....