

กค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 1688
วันที่ 13 ก.พ. 2568
เวลา.....



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๐๑๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมการพยาบาลเด็กแบบครบวงจร รุ่นที่ ๔
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง /ศูนย์อนามัยทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดอบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็กแบบครบวงจร รุ่นที่ ๔” ประจำปี ๒๕๖๘ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรและผู้ป่วยระยะท้ายได้ตั้งแต่ระยะแรกจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว นั้น ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่สนใจ เข้าร่วมอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๒,๒๐๐ บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๕๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี ดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



ขอแสดงความนับถือ

พิชิตกุล ทัศนกุล

(ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจนนวรัตน์)

รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๒

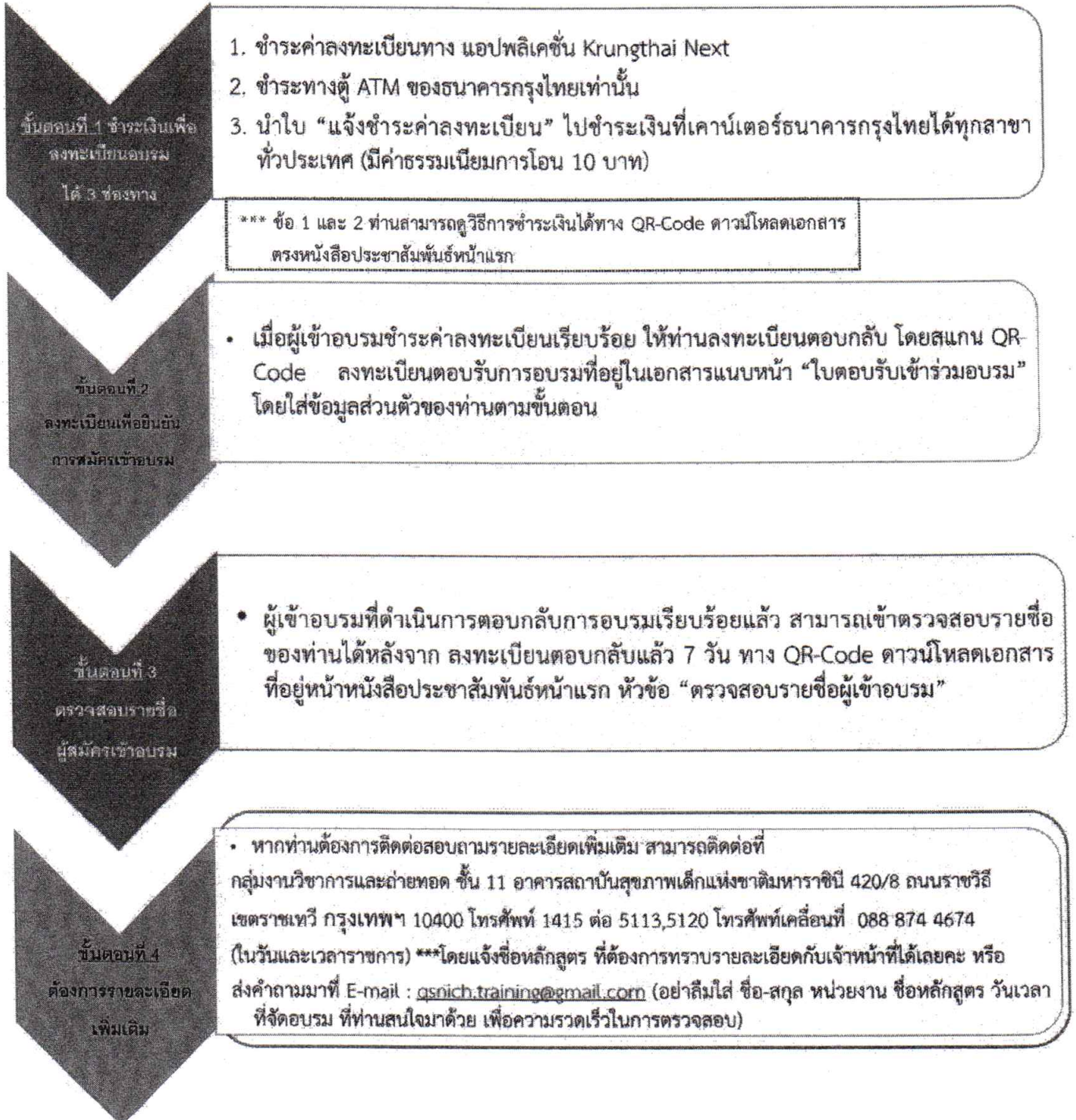
สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐

Email address: qsnich.training@gmail.com

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

www.childrenhospital.go.th

ตารางอบรม การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระดับประคอง รุ่น 4
วันที่ 23 - 24 มิถุนายน 2568
ณ ห้องประชุม ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชนี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนี

วันจันทร์ที่ 23 มิถุนายน 2568

08.00 น. – 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 น. – 09.00 น.	พิธีเปิด โดย นางสาวรัชฎา อนันต์วรปัญญา รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
09.00 น. – 10.00 น.	Pediatric Palliative Care และนโยบายชีวิบาล บรรยาย โดย แพทย์หญิงเดือนเพ็ญ ท่อรัตนารเรือง
10.00 น. – 11.00 น.	QSNICH Pediatrics Palliative care บรรยาย โดย พว.วาณี แม่นยำ
11.00 น. – 12.00 น.	EPCC-9 Dimensions for PPC Assessment บรรยาย โดย พว.นารี หินนาง
12.00 น. – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 น. – 16.00 น.	Communication in Pediatric Palliative care อภิปราย โดย แพทย์หญิงปราณี เมืองน้อย พว.ปริภาดา สร้างนอก

วันอังคารที่ 24 มิถุนายน 2568

9.00 น. – 12.00 น.	Breaking bad news และการเข้าใจความตายในแต่ละช่วงวัย อภิปราย โดย แพทย์หญิงปราณี เมืองน้อย พว.ปริภาดา สร้างนอก คุณจิณณพัต ยอดไกรศรี
12.00 น. – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 น. – 16.00 น.	Grief & Loss and Bereavement care อภิปราย โดย พว.ปริภาดา สร้างนอก พว.นารี หินนาง คุณจิณณพัต ยอดไกรศรี

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
การพยาบาลเด็กแบบครบวงจร รุ่นที่ 4
วันที่ 23 - 24 มิถุนายน 2568

ณ ห้องประชุม ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชนี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน (โปรดแนบสลิปธนาคาร หรือใบ Pay In มาพร้อมใบตอบรับ)

Company code : 92157 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 (92157) เลือก การพยาบาลเด็กแบบครบวงจร รุ่นที่ 4 ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการชำระเงินค่าลงทะเบียน มาก ปานกลาง น้อย

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เลขที่สมาชิก

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

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

ประเภทอาหาร ทั่วไป อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ผู้ประสานงาน

คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนี 420/8 ถนนราชมิว เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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



ส่งหลักฐานและ
ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital.go.th
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินได้ตั้งแต่ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ - 30 พฤษภาคม 2568

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็กแบบประคับประคอง รุ่นที่ 4”



กรุงไทย Company Code: 92157

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 2,200.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 92157

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรอบรมการพยาบาลเด็กแบบประคับประคอง รุ่นที่ 4
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