



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 4514
- 6 พ.ค. 2568
วันที่
เวลา

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๖๑๐๐๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

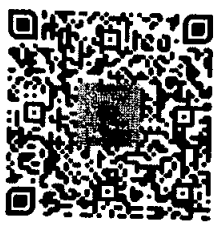
๑๗ เมษายน ๒๕๖๘

- เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน” ประจำปี ๒๕๖๘
- เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี / ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพทุกแห่ง
- | | | |
|------------------|---------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑.ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๒.กำหนดการอบรม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓.ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๔.แบบฟอร์มการชำระเงิน | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน” ประจำปี ๒๕๖๘ ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ด้านกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่จำเป็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ที่สนใจงานด้านฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ถ่ายทอดจากห้องประชุมชั้น ๗ อาคารสยาม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์ โดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๑๐๐ คน เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ ๑๘ เมษายน - ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม โทร.๐๔๐๔ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnichtraining@childrenhospital.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร
สมัครเข้าร่วมอบรม

ขอแสดงความนับถือ

ณ

(นางสาวทัศนีย์ แดงสุวรรณ)

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทรศัพท์ ๐๔๐๔ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

โครงการอบรมการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 14-18 กรกฎาคม 2568
 โดย: งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 ณ ห้องประชุมสยามฯ 1 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

วัน เดือน ปี	08.00น. - 09.00 น.	09.00น.-12.00 น.	12.00-13.00น.	13.00น.-16.00 น.
14 ก.ค.2568	8.00.-8.30น.ลงทะเบียน 8.30น. - 9.30น. พิธีเปิด นพ.ชาคม ชัยวัชรวัฒน์ ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหาราชินี	9.30-10.00 การบรรยายเรื่อง การคัดกรองผู้ป่วย พว.มะลิ มานะเอน	10.30น. - 12.00น. การบรรยายเรื่อง พยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน ระบบทางเดินอาหาร พว.ธัญญา ตีปานวงศ์	13.00น.-16.00น. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินระบบทางเดิน หายใจ พว.ศิริกัญญา ชัยวัชรวัฒน์
15 ก.ค.2568	08.30น. - 10.00 น. การบรรยายเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ ฉุกเฉินทางศัลยกรรม พว.ชาลิสา ยศสุวรรณ	10.30น. - 12.00น. การบรรยายเรื่อง Neonatal Emergency Problems พว. วรณี จันทร์มาศ	13.00น. - 14.30น. การบรรยายเรื่อง Airway Management พว.อรอนงค์ สุพรรณงามากพ	14.30น.-16.00น. การบรรยายเรื่องสถานการณ์โรค Emerging diseases และการควบคุมโรค พว. นภสร ไชยภักดี
16 ก.ค.2568	08.30น. - 10.00 น. การบรรยายเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด พว.นรรษา แสงศิลา/พว.ปกรณ ฝนจิตปิ	10.30น. - 12.00น. การบรรยายเรื่องภาวะฉุกเฉินทาง Orthopedic นพ.วรวิทย์ ทายพงษ์ศักดิ์	13.00น. - 14.30น. การบรรยายเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ ฉุกเฉินทางตา พว.ปราณี นามเมืองรักษ์	14.30น.-16.00น. การบรรยายเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ ฉุกเฉินทางหู คอ จมูก พว.สุภาวดี โพธิ์สีทอง
17 ก.ค.2568	08.30น. - 10.00 น. การบรรยายเรื่องการรักษาผู้ป่วยพิษ(PALS) นพ.กันต์วัฒน์ หวังไพบุตย์	10.30น.-12.00 น. การบรรยายเรื่องการพยาบาลผู้ป่วย โรคหัวใจในภาวะฉุกเฉิน พว.ปิยะนารถ พรหมาสกุล	13.00-14.30น. การบรรยายเรื่องกระบวนการรับส่งต่อ ผู้ป่วยเด็กและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ขณะเคลื่อนย้ายเพื่อการส่งต่อ พว.วิณา เทศวงศ์	14.30น.-16.00น. การอภิปรายเรื่องการเตรียมความพร้อมในการ ใช้รถ Ambulance และการนำส่งสถานการณ ฉุกเฉินในรถ Ambulance พว.สุกัญญา สวัสดิ์ชัย / พว.อารีสา กอไพศิษฐ์
18 ก.ค.2568	08.30น. - 10.00 น. การบรรยายเรื่อง Dengue Emergency Shock Management พญ.ประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา	10.00น.-11.00น. การบรรยายเรื่อง การคำนวณสารน้ำ และการคำนวณยา ในผู้ป่วย พว.ณัฐกร ชัยศรี	13.00น. - 14.30น. การบรรยายเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ ฉุกเฉินทางจิตเวช พว.ปวีณา สร้างมงคล	14.30น.-16.00น. การอภิปรายเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กในภาวะ ฉุกเฉินทางประสาท พว.อริญญา ไทยแท้ พว.ศุภาภา เต็มทอง -ประเมินสถานการณ์ปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน” ประจำปี 2568
ระหว่างวันที่ 14 - 18 กรกฎาคม 2568
ณ ห้องประชุม ชั้น 7 อาคารสยาม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ผ่านระบบการประชุมทางไกล (ระบบ ZOOM)

ชำระค่าลงทะเบียน Company code : 9615 ค่าลงทะเบียน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next

☐ โอนผ่านตู้ ATM

☐ โอนผ่านธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล ตามด้วย Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม) / ตู้ ATM ธนาคารกรุงไทย เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก
ชำระค่าบริการ ในช่องทางหาใส่ Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม) / ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนทุกครั้ง)

ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)..... นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม (สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ E-mail address

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุปีที่ยอบรม.....

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้เข้าอบรม ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทร

ผู้ประสานงาน

คุณเบญญาภา วัฒนกุล กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5120 หรือ 088 874 4674 (ในวันและเวลาราชการ)



ลงทะเบียนตอบรับ
การอบรม

หมายเหตุ

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

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขั้นตอนที่ 1 : สมัครและลงทะเบียน
ผ่านเว็บไซต์
ไปรษณีย์

1. ชำระค่าลงทะเบียนทาง แอปพลิเคชัน Krungthai Next
2. ชำระทางตู้ ATM ของธนาคารกรุงไทยเท่านั้น
3. นำใบ “แจ้งชำระค่าลงทะเบียน” ไปชำระเงินที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขาทั่วประเทศ (มีค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท)

*** ข้อ 1 และ 2 ท่านสามารถดูวิธีการชำระเงินได้ทาง QR-Code คาวนโพลเดเอกสาร
ตรงหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก

- เมื่อผู้เข้าอบรมชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว ให้ท่านลงทะเบียนตอบกลับ โดยสแกน QR-Code ลงทะเบียนตอบรับการอบรมที่อยู่ในเอกสารแนบหน้า “ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม” โดยใส่ข้อมูลส่วนตัวของท่านตามขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 2 :
ดำเนินการตอบกลับ
ผู้ตรวจประเมิน

- ผู้เข้าอบรมที่ดำเนินการตอบกลับการอบรมเรียบร้อยแล้ว สามารถเข้าตรวจสอบรายชื่อของท่านได้หลังจาก ลงทะเบียนตอบกลับแล้ว 7 วัน ทาง QR-Code คาวนโพลเดเอกสาร ที่อยู่หน้าหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก หัวข้อ “ตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าอบรม”

- หากท่านต้องการติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถติดต่อที่
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113,5120 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088 874 4674
(ในวันและเวลาราชการ) ***โดยแจ้งชื่อหลักสูตร ที่ต้องการทราบรายละเอียดกับเจ้าหน้าที่ได้เลยคะ หรือ
ส่งคำถามมาที่ E-mail : gsnich.training@gmail.com (อย่าลืมใส่ ชื่อ-สกุล หน่วยงาน ชื่อหลักสูตร วันเวลาที่
จัดอบรม ที่ท่านสนใจมาด้วย เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ)





ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 18 เมษายน 2568

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)



Company Code: 9615

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงเทพ



Company Code: 9613

กรุงเทพ

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ประเภทการชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
☐ เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
☐ เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์