

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่... 6286
วันที่... 30 พค 2568
เวลา.....



ที่ สธ ๐๓๒๑/๓๔๑๔

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอบประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร “การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก”
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. กำหนดการอบรม	จำนวน ๑ ชุด
	๒. ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๔. แบบฟอร์มการชำระเงิน	จำนวน ๒ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรมหลักสูตร เรื่อง “การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ การใช้งานและการดูแลเครื่องมือแพทย์ โดยจัดอบรมวันที่ ๒๕ - ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญพยาบาลวิชาชีพที่สนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยมีกรอบรูปแบบ onsite ค่าลงทะเบียน ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) รับจำนวน ๖๐ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ - ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๘ ผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th หรือ QR-Code ด้านล่าง และสอบถามเพิ่มเติมที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๙๙๔ ๕๖๙๔ Email : qsnichtraining@childrenhospital.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

วกรม

(นายวกรการ พรหมพันธุ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขั้นตอนที่ 1 : ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรม

1. ขั้นตอนการสมัคร

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

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

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

ขั้นตอนที่ 2 : ขั้นตอนการตอบกลับการอบรม

- ผู้เข้าอบรมที่ดำเนินการตอบกลับการอบรมเรียบร้อยแล้ว สามารถเข้าตรวจสอบรายชื่อของท่านได้หลังจาก ลงทะเบียนตอบกลับแล้ว 7 วัน ทาง QR-Code คาวมโหลดเอกสารที่อยู่หน้าหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก 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 ที่ต้องการทราบรายละเอียดกับเจ้าหน้าที่ได้เลขอะ หรือ
ส่งคำถามมาที่ E-mail : osnich.training@gmail.com (อย่าลืมใส่ ชื่อ-สกุล หน่วยงาน ชื่อหลักสูตร วันเวลาที่
จัดอบรม ที่ท่านสนใจมาด้วย เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ)

ตารางการอบรมหัวข้อ“การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก”

วันที่ 25 - 27 สิงหาคม 2568

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันจันทร์ที่ 25 สิงหาคม 2568	
07.30 – 08.00น.	ลงทะเบียน
08.00 – 08.30 น.	พิธีเปิดการอบรม
08.30 – 10.30 น.	To know about Medical Equipment for nurses บรรยายโดย พว.สุนตรา แก้ววิเชียร
10.00 - 10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.30– 12.00 น.	หลักการใช้งานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในเด็ก และ HHHFNC บรรยายโดย พว.ศิริพร สังขมัลย์
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.30 น.	หลักการใช้งานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกและ nasal CPAP บรรยายโดย พว. วรณีย์ จันทร์มาศ
14.30 – 15.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.00 – 15.30 น.	หลักการทำงานและการพยาบาลผู้ป่วย on Incubator และ Photo therapy บรรยายโดย พว.อรรณพ ขาวโสภา
15.30 – 16.00 น.	หลักการทำงานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้ Defibrillator และ AED บรรยายโดย พว. ศรินทิพย์ ยุชุฬิ

วันอังคารที่ 26 สิงหาคม 2568	
08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 15.30 น.	Workshop การใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ แบ่งเป็น 5 กลุ่ม Rotation กลุ่มละ 60 นาที/ฐาน Rotation เวลา 08.30 - 12.00 น. กลุ่มที่ 4 เครื่องช่วยหายใจและ Non invasive Ventilator in neonate และเวลา 13.00 - 15.30 น. พว.วรรณิ จันทร์มาศ กลุ่มที่ 1 Oxygen delivery devices พว.ไพรินทร์ โพธิ์สว่าง พว.สุนตรา แก้ววิเชียร พว.โชติมา สีนเจิมศิริ กลุ่มที่ 5 Non invasive Ventilator in Pediatric กลุ่มที่ 2 HHHFNC พว.วิวรรณิ ทางเจริญ พว.อรรณ ขาวโสภา พว.ธัญลักษณ์ ศรีสำรวล พว.เกษร บำรุงกลาง กลุ่มที่ 3 Incubator และ Photo therapy พว.ธัญญรัตน์ วารสิน พว.กรรณิการ์ พันธโคตร
	- พักรับประทานอาหารว่าง เวลา 10.30 - 11.00 น. และ 14.00 – 14.30 น. - พักรับประทานอาหารกลางวัน เวลา 12.00 -13.00 น.

วันพุธที่ 27 สิงหาคม 2568	
08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 –10.30 น.	Workshopการใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม Rotation กลุ่มละ 60 นาที/ฐาน (08.30 –10.30 น.) ฐานที่ 1 Ventilator in Pediatric พว. ศิริพร สังขมัลย์ พว. ณฐกร ชัยศรี ฐานที่ 2 Bedside monitor ,Defibrillator และ AED พว. ศรินทิพย์ ยูชุฬิ พว. อรุณรัตน์ คำหม่อง
10.30 – 11.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
11.00 – 12.00 น.	ปัญหาที่พบจากการใช้งานเครื่องมือแพทย์ บรรยายโดย พว.สุนตรา แก้ววิเชียร
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.00 น.	Home Health Care บรรยายโดย พว. วิวรรณิ ทางเจริญ
14.00 - 14.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.30 - 15.00 น.	ถาม-ตอบ พิธีปิดการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์”
วันที่ 25 - 27 สิงหาคม 2568

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ Company code: 9616 การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ 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 9616
เลือก การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน(ชื่อโรงพยาบาล).....

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

อาหาร ☐ ทวีป ☐ อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้ลงทะเบียน ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ชาดะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113 หรือ 088 874 4674 (ในเวลาราชการ)

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ QR-code ตารางโหลดเอกสาร
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
- สถานที่จัดไม่มีที่จอดรถให้กับผู้เข้าอบรม (ค่าบริการที่จอดรถ 50 บาท/ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมต้องชำระด้วยตัวเอง)



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 6 พ.ค. 68 - 13 ส.ค. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก



Company Code: 9616

กรงิทย

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

กรงิทย

Company Code: 9616
กรงิทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก)

สาขา.....

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