สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 6292
วันที่ 30 พ.ค. 2568
เวลา

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๓๖๒๙

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร เรื่อง "Pediatric cardiac critical care ๒๐๒๕"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ

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

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรมหลักสูตร เรื่อง "Pediatric cardiac critical care ๒๐๒๕" ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ระบบ Zoom และจัดอบรมรูปแบบ on-site โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดความรู้และแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในไอซียู ให้แก่ แพทย์ กุมารแพทย์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ วิสัญญีแพทย์ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกและพยาบาล รวมถึงเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวิกฤต โดยจัดอบรมวันที่ ๓๑ กรกฎาคม – ๑ สิงหาคม ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญแพทย์ กุมารแพทย์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ และพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตโรคหัวใจที่สนใจเข้าอบรมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยมีการอบรมรูปแบบ online ค่าลงทะเบียน ๑,๐๐๐ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) รับจำนวน ๓๐๐ คน และรูปแบบ onsite ค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) รับจำนวน ๕๐ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้ – ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th หรือ QR-Code ด้านล่าง และสอบถามเพิ่มเติมที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ Email : qsnichtraining@childrenhospital.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒนะ)
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

ตารางการอบรม

"Pediatric Cardiac Critical care 2025 "

วันที่ 31 กรกฎาคม -1 สิงหาคม 2568

ณ ห้องประชุม 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี

Day 1: 31 กรกฎาคม 2568

Time	Topic	Speaker
08.00-08.30	Registration	
08.30-09.00	Opening ceremony	ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
09.00-10.30	Hemodynamic monitoring In I.C.U.	พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์
10.30-12.00	Cardiogenic shock: How to manage?	พญ.ฐิตา พชรปกรณ์พงศ์
12.00-13.00	Lunch	
13.00-14.30	Post-operative heart failure	ผศ.พญ.รุจิรา บุญทริกพรพันธุ์
14.30-16.00	Pre and post cardiac catheterization and innovation	พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์
	Note: Break will be served during the session (ช่วงเช้า 10.00-10.15น, ช่วงบ่าย 14.15-14.30น)	

Day 2: 1 สิงหาคม 2568

Time	Topic	Speaker
09.00-10.00	Arrhythmias in post-operative cardiac surgery	พญ.สาริน เล็กชื่นสกุล
10.00-11.00	Pediatric pacemaker	พญ.ศุภลัคน์ กาญจนอุทัย
11.00-12.00	Mechanical cardiac support; ECMO, VAD	นพ.สนธกิตติ์ ลีลหานนท์
12.00-13.00	Lunch	
13.00-14.00	Management of cardiac Bypass and ECMO: What we should prepare before and after?	พว.ศิรินทรา สุพัฒน์
14.00-16.00	Workshop : cardiac Bypass and ECMO	พว. สุวิทย์ จักสาน
	Note: Break will be served during the session. (ช่วงเช้า 10.00-10.15 น, ช่วงบ่าย 14.30-14.45 น.)	

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

หลักสูตร เรื่อง "Pediatric cardiac critical care 2025"

เปิดรับสมัครระหว่างวันที่ 6 พฤษภาคม - 17 กรกฎาคม 2568 (หรือครบตามจำนวนที่รับ)

ณ ห้องประชุม ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ Company code : 9614 **รูปแบบ onsite** ค่าลงทะเบียน 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

☐ Company code : 9608 **รูปแบบ online** ค่าลงทะเบียน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล ตามด้วย Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม) / ตู้ ATM ธนาคารกรุงไทย เลือก บริการอื่นๆ และเลือกชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่ Company code : กดเลือก (ชื่อหลักสูตรที่ท่านจะอบรม)/ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องก่อนทุกครั้ง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ*(ระบุคำนำหน้า)* .....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม*(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)* .....

ตำแหน่ง .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ .....เลขที่สมาชิก(พยาบาล).....

สถานที่ปฏิบัติงาน/จังหวัด.....

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

อาหาร ○ ทั่วไป ○ อิสลาม ○ อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ 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**)

ลงทะเบียนเข้ารับการอบรม

หมายเหตุ

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

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

1. ชำระค่าลงทะเบียนทาง แอปพลิเคชั่น Krungthai Next
2. ชำระทางตู้ ATM ของธนาคารกรุงไทยเท่านั้น
3. นำใบ "แจ้งชำระค่าลงทะเบียน" ไปชำระเงินที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขาทั่วประเทศ (มีค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท)

*** ข้อ 1 และ 2 ท่านสามารถดูวิธีการชำระเงินได้ทาง QR-Code ดาวน์โหลดเอกสารตรงหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก

- เมื่อผู้เข้าอบรมชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อย ให้ท่านลงทะเบียนตอบกลับ โดยสแกน QR-Code ลงทะเบียนตอบรับการอบรมที่อยู่ในเอกสารแนบหน้า "ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม" โดยใส่ข้อมูลส่วนตัวของท่านตามขั้นตอน

- ผู้เข้าอบรมที่ดำเนินการตอบกลับการอบรมเรียบร้อยแล้ว สามารถเข้าตรวจสอบรายชื่อของท่านได้หลังจาก ลงทะเบียนตอบกลับแล้ว 7 วัน ทาง QR-Code ดาวน์โหลดเอกสารที่อยู่หน้าหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก 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 หรือส่งคำถามมาที่ E-mail : qsnich.training@gmail.com (อย่าลืมใส่ ชื่อ-สกุล หน่วยงาน ชื่อหลักสูตร วันเวลาที่จัดอบรม ที่ท่านสนใจมาด้วย เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ)

[redacted]

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 6 พ.ค. – 17 ก.ค. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน อบรมหลักสูตร เรื่อง "Pediatric cardiac critical care 2025"
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
รูปแบบ ON-SITE

****

กรุงไทย Company Code: 9614

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 2,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย กรุงไทย **ส่วนของธนาคาร**

กรุงไทย Company Code: 9614

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมหลักสูตร เรื่อง "Pediatric cardiac critical care 2025" **รูปแบบ ON-SITE**
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 .....

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 6 พ.ค. – 17 ก.ค. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน อบรมหลักสูตร เรื่อง "Pediatric cardiac critical care 2025"

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รูปแบบ Online

****

กรุงไทย Company Code: 9608

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 1,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....

✂----------

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย กรุงไทย **ส่วนของธนาคาร**

กรุงไทย Company Code: 9608

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมหลักสูตร เรื่อง "Pediatric cardiac critical care 2025" รูปแบบ ON-SITE)

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 .....