

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 544
วันที่ 28/2/62
เวลา.....



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
เลขที่รับ 2566
วันที่ ๒๗ ก.พ. ๒๕๖๒
เวลา 19. 58

ที่ สธ ๐๓๑๘/๔๒๗๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมเรื่อง การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (Intensive Course in CBT with children and Families : a trans diagnostic approach)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมเรื่อง การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว(Intensive Course in CBT with children and Families : a trans diagnostic approach) ในระหว่างวันที่ ๒๗ - ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หรือ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) นำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการบำบัด เด็กและครอบครัว และนำมาบำบัดด้วยรูปแบบที่หลากหลาย

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญกุมารแพทย์/จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น/นักจิตวิทยา /นักสังคมสงเคราะห์/พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๘๐ คน ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี จึงขอความกรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนและส่งใบตอบรับมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันท์ หรือนางสาวเพ็ญศิริ สายสุด ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ รับจำนวนจำกัดหากเต็มจำนวนแล้วขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธนิษฐ์ เวชชาภินันท์)

รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

๒๗ ก.พ. ๒๕๖๒ www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnych.trainings@gmail.com

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน

๑๓ มี.ค. ๒๕๖๒

PKW /M ๘๙๐ 4๐
- 1๘๔/๗๓๗๐
- 1๗๔ ๗๖๗๗๗๗๗

๘ ๕๖ ๕๖

- ๘ มี.ค. ๒๕๖๒

๑๒ มี.ค. ๒๕๖๒

การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว
Intensive course in CBT with children and families: a transdiagnostic approach

วันที่ ๒๗- ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ห้องประชุมจักรพันธ์ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันจันทร์ ที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๖๒ Essential foundation of CBT & Cognitive intervention

๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	Introduction to CBT (What- Why- How)	นพ.ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร
๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	Case conceptualization & Treatment planning	พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
๑๑.๐๐ - ๑๑.๑๕ น.	พัก Break	
๑๑.๑๕ - ๑๒.๐๐ น.	Effective psychoeducation & Target monitoring	พญ.กัณพร ตั้งจิตติพร
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	Guided discovery with Cognitive techniques, Socratic Questioning & Behavior experiment	นพ.ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร
๑๕.๐๐ - ๑๕.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
๑๕.๑๕ - ๑๖.๐๐ น.	Process- based CBT	พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์

หมายเหตุ รับประทานอาหารว่างช่วงเช้า ก่อนเวลา ๐๙.๐๐ น.

วันอังคาร ที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒ Behavior interventions & Technical skills in CBT

๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	Physical techniques Learn to control physical symptoms	นางจิณณพัตร ยอดไกรศรี
๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น.	Behavior activation	พญ.กัณพร ตั้งจิตติพร
๑๑.๐๐ - ๑๑.๑๕ น.	พัก Break	
๑๑.๑๕ - ๑๒.๐๐ น.	Exposure therapy	พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.	Mindfulness- based intervention	พญ. ดุษฎี จีงศิริกุลวิทย์
๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	Social skill training	นพ. ณัฐวัฒน์ งามสมุทร
๑๕.๐๐ - ๑๕.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง	
๑๕.๑๕ - ๑๖.๐๐ น.	Problem solving skills	พญ.กัณพร ตั้งจิตติพร

หมายเหตุ รับประทานอาหารว่างช่วงเช้า ก่อนเวลา ๐๙.๐๐ น.

วันพุธที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒ : Application of CBT in practice with children and families

๐๙.๐๐- ๑๐.๓๐ น.	Family intervention through cognitive model <ul style="list-style-type: none">- CBT for parenting- Behavior modification	พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ นส.ปาริชาติ อติฉันทโท
๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น.	พัก Break	
๑๐.๔๕ - ๑๒.๐๐ น.	Low intensity intervention of CBT <ul style="list-style-type: none">- CBT as a brief counselling in nursing practice- Group MBCT for depressive symptoms in parent	พว. ปรีภาดา สร้างนอก พญ.เกศสุตา หาญสุทธิเวชกุล
๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	Tools for enhancing practice with children <ul style="list-style-type: none">- visual facilitation with drawing and graphic recording- Play based CBT	นส.พรภาพพรรณราย มัลลิกะมาลย์ พญ.ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
๑๕.๐๐ - ๑๕.๓๐ น.	Wrap-up: Q&A & Resources	

หมายเหตุ รับประทานอาหารว่างช่วงเช้า ก่อนเวลา ๐๙.๐๐ น. และรับประทานอาหารว่างบ่ายก่อนกลับบ้าน

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

เรื่อง การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว
(Intensive Course in CBT with children and Families : a trans diagnostic approach)

วันที่ ๒๗ - ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ..... นามสกุล

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท ☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์ ☐ โรงพยาบาลเอกชน
☐ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ☐ ๔,๐๐๐ บาท (สี่พันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม ☐ นามบุคคล ☐ อื่นๆ ระบุ

ประเภทอาหาร ☐ อาหารทั่วไป ☐ อิสลาม

เอกสารประกอบการอบรมเป็น Digital file (QR Code)

(ผู้เข้าอบรมนำอุปกรณ์ที่สามารถอ่าน Digital File มาด้วยในการเข้ารับการอบรม)

การชำระเงิน ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา
(ค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com หรือ (Fax : ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด
กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. สงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 18 ก.พ. 2562

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

อบรมเรื่อง การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

(Intensive Course in CBT with children and Families : a trans diagnostic approach)



Company Code: 92157

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 4,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาเตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมราชการละ 10 บาททั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 92157

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (อบรมเรื่อง การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สาขา.....

ในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

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