



กรมงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 878
วันที่ - ๕ ก.พ. ๒๕๖๔
เวลา 14.18

กณิสถานสาธารณสุขจังหวัดน่าน
เลขที่รับ 1711
วันที่ 5 ก.พ. 2564
19.27.1

ที่ สธ ๐๓๒๑/ 2๐๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๗ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลจังหวัด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิด สังเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในวันที่ ๙ - ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๔ ถ่ายทอดจากห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด / สูติกรรม เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์ โดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ทั้งนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอ CNEU ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔ และขอปิดรับสมัครหากจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๕๐ คน ดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.childrenhospital-training.com ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวณัฏฐา ณีชนะนันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รับผู้พิมพ์
๖ ก.พ. ๖๔

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ 1415 ต่อ ๕๑๑๓ โทรสาร ๐๒๓๕๔ ๘๐๘๘

www.childrenhospital-training.com/ Email address: qsnich.training@gmail.com

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

“การพยาบาลทารกแรกเกิด” ในวันที่ 9 – 12 มีนาคม 2564

ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป	07.30 – 08.15 น.	08.30 – 9.30 น.	10.00 - 12.00 น.	13.00 – 14.00 น.	14.00 – 15.00 น.	15.15 – 16.15น.
อังคาร 9 มี.ค. 2564	ลงทะเบียน แนะนำระเบียบการ อบรม online 08.15-08.30 น. พิธีเปิด ผู้อำนวยการ สถาบันฯ	NEC นพ.สมมนตร์ จินดากุล	Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วิภา จีระแพทย์	Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ ออยุธยา	IVH พญ.ลลิตาดี ทั้งสุฤติ	High Alert drug พว.อรรณ ขาวโสภา
พุธ 10 มี.ค. 2564	08.00 – 09.30 น.	ROP Symposium นพ.สมมนตร์ จินดากุล พว.สุนิสา เทพหัสดิน ณ อยุธยา	Intensive care monitoring พว.วรรณิ จันทรมาศ	Neonatal Screening ผศ.พิเศษนพ.วิบูลย์ กาญจนาพัฒน์กุล	Early warning signs & Neonatal Sepsis นพ.ศุภวัชร บุญกิจดีเดช	Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พุทธชาติ นาคเรือง
พฤหัสบดี 11 มี.ค.2564	08.00 – 09.30 น.	Nursing care of BPD พว.สุกัญญา แสงต้น	RDS and surfactant therapy ผศ.พญ.มิรา ไครานา	PDA นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	Hyperbilirubinemia นพ.สมมนตร์ จินดากุล	การพยาบาลทารกที่มี ภาวะ Hyperbilirubinemia พว.ศุภศิริ อ้อยทอง
ศุกร์ 12 มี.ค.2564	08.00 – 09.30 น.	MAS and PPHN ผศ.พญ.มิรา ไครานา	Nursing care of LBW พว.โสภา ผดุงสิทธิ์โชค	10 Steps BF in sick neonate พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ	14.30 – 14.45 น.	15.45-16.00 น.

พิธีเปิดงานอาหารว่าง 15.00 – 15.15 น.

พิธีรับประทานอาหารว่าง 12.00 – 13.00 น.

พิธีรับประทานอาหารว่าง 09.30 – 10.00 น.

พิธีปิด

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

วันที่ 9 - 12 มีนาคม 2564

ณ ห้องประชุมสยาม 1 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail address

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุปีที่อบรม.....

การชำระเงิน ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2564

ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา

(ค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท) หลังจากชำระเงิน 7 วัน สามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่

www.childrenhospital-training.com

ออกใบเสร็จในนาม.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ข้อปฏิบัติสำหรับผู้เข้าอบรม: 1. ติดตามข้อมูลข่าวสารทางอีเมล

2. ผู้จัดอบรมจะจัดส่ง Link ทางอีเมลท่าน อย่างน้อย 1 วันก่อนการอบรม

3. ผู้เข้าอบรมต้องเตรียมอุปกรณ์และสัญญาณ Internet เพื่อรองรับการอบรม
Teleconference ผ่านระบบ Webex Meeting

ทั้งนี้ ผู้เข้ารับการอบรมอาจมีค่าใช้จ่ายสัญญาณ Internet ที่เกิดขึ้นระหว่าง
การอบรมเพื่อให้รับการอบรมได้ตลอดหลักสูตร

หมายเหตุ 1. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด

2. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิไม่สามารถเข้ารับการ
อบรมได้

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เพ็ญสูงเนิน

กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

หมายเลขโทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-874-4674



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2564

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(การพยาบาลทารกแรกเกิด)



Company Code: 9609

กรงิทย

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 3,000.- 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

วันที่.....

Company Code: 9609
กรงิทย

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิด)

สาขา.....

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