

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ..... 4406
วันที่..... 4 เดือน..... ส.ย พศ. 61



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
เลขรับที่..... 10078
วันที่..... 4 ส.ย. 2561 เวลา..... 14:30 น.

ที่ สธ ๐๓๑๘/๖๓๗๒

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๙ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑ เรื่อง
“Update on Well child care : Investment for the future ๒๐๑๘”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ศูนย์อนามัย/วิทยาลัยพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับ
อนุมัติให้ดำเนินการโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล เรื่อง “Update on Well child care
: Investment for the future (การลงทุนเพื่ออนาคต เริ่มต้นที่คลินิกสุขภาพเด็กดี) ขึ้นในวันที่ ๒-๓ สิงหาคม
๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
จำนวน ๑๐๐ คน

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะ
เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการ
แพทย์ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กได้ทบทวนและเสริมความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเด็กแรก
เกิด-๕ ปี และเพิ่มพูนความรู้ใหม่ๆ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐.-บาท (สองพันบาทถ้วน)
ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ตามหนังสือที่
กค.๐๔๐๖.๔/ว๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา
ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงิน
ทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมการอบรมได้ที่ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๒๒๐
หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๑ ปิดรับสมัคร
หากผู้สมัครเต็มตามจำนวนที่กำหนด ดาวนโหลดเอกสารและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.Childrenhospital-Training.com ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

61ชบ นพ.สจ.นฉ.

ขอแสดงความนับถือ

- ศกพิม สุขุมทอง แห่ง อ.ลพบุรี

ขอ ๖๕๕. กรมส่งเสริมสุขภาพจังหวัด ๒๕๖๑

สาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช

(นายวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล)

ทราบ/ดำเนินการ

- นพ.ดร. ๖๕๕. ๖๖๖๑๐๔

๖๕๕.นฉ. ๖๖๖๑๐๔

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ

(นายประสงค์ เขียวภาณี)

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๒๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

ข้าราชการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริหารการวิชาการ) รักษาการแทน

www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

๐๕ ส.ย. ๒๕๖๑

สแกนเข้าระบบแล้ว

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล
เรื่อง Update on Well Child Care: Investment for the Future
(การลงทุนเพื่ออนาคต เริ่มต้นที่คลินิกสุขภาพเด็กดี)
วันที่ 2 – 3 สิงหาคม 2561
ณ ห้องประชุมสยามฯ 1 – 2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

วันพฤหัสบดีที่ 2 สิงหาคม 2561

08.00 – 8.30 น.	ลงทะเบียน
08.30 – 10.00 น.	Update Child health supervision guideline แพทย์หญิงนัยนา ณีชนะนันท์ นางสาวรัชนีกร พยัคฆะโส
10.00 – 10.15 น.	Break
10.15 – 11.15 น.	Developmental screening Autism,ADHD,DSPM แพทย์หญิงอดิสรุสุตา เฟื่องฟู นางขิ่ม สุกถนัม
11.15 – 12.00 น.	Update in Pediatric oral health care (form Newborn to teenagers) ทันตแพทย์หญิงจิตรวรี จิตตั้งสมบูรณ์
12.00 - 13.00 น.	LUNCH
13.00 – 14.00 น.	Common problem in pediatric Orthopedic นายแพทย์วีระศักดิ์ ธรรมคุณานนท์
14.00 - 15.00 น.	Book and Media ผศ.นพ.วีระศักดิ์ ชลไชยะ
15.00 - 16.00 น.	Update vaccine 2018 อภิปรายโดย รศ.พิเศษ นพ. ทวี โชติพิทยสุนนท์ นางสาวผกามาศ มังกรเจริญกุล

***หมายเหตุ เวลาการบรรยาย อาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของวิทยากร

โปรดพลิกด้านหลัง



ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
การประชุมเชิงปฏิบัติการ สำหรับแพทย์และพยาบาลประจำปี ๒๕๖๑
“Update on well Child care : Investment for the future”
วันที่ ๒-๓ สิงหาคม ๒๕๖๑
ณ ห้องประชุมสยาม ๑,๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก.....เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน

อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม นามบุคคล อื่นๆ ระบุ

ประเภทอาหาร ทั่วไป อิสลาม มังสวิรัติ

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์ หรือโทรสาร

โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

E-mail: Qsnich.Training@gmail.com

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด
กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

- หมายเหตุ
๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
 ๒. เพื่อรณรงค์ลดการใช้กระดาษ ขอให้ท่านนำโทรศัพท์ / tablet มาดาวน์โหลดเอกสารประกอบการอบรม ผ่าน QR-Code
 ๓. กรณีต้องการที่פקสามารถดูข้อมูลได้ที่ www.Childrenhospital-training.com เมนู ติดต่อโรงแรมที่פק

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน 2561



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาลประจำปี 2561 เรื่อง "Update on Well child care:
Investment for the future"



Company Code: 9610

กรุงศรี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 2,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสด และหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร
กรุงศรี



Company Code: 9610

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล

สาขา.....

ประจำปี 2561 "Update on Well child care: Investment for the future") 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