

กชว



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๙๗๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
- ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
- ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก” ครั้งที่ ๒ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง และศักยภาพการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างวันที่ ๑๗ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑-๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลเข้ารับการอบรมรูปแบบ on-site จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) และรูปแบบ online จำนวน ๑๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๒๐๐ บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ [www.childrenhospital.go.th](http://www.childrenhospital.go.th) สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมลล์ [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย  
ขอแสดงความนับถือ

(นายศุภวัชร บุญกษิต์เดช)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม  
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔  
Email address: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)



ดาวน์โหลดเอกสาร



Website QSNICH ETC

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
 “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก” ครั้งที่ 2 วันที่ 17-19 กรกฎาคม 2567  
 ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1 - 2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ว/ด/ป	08.30 – 10.00 น.	10.30 – 12.00 น.	13.00 – 14.30 น.	15.00-16.00 น.
พธ 17 ก.ค. 2567	8.00 – 8.15 น. ลงทะเบียน	Management in Pediatric Cancer Patients ผศ.พิเศษ พญ.สมใจ ภาณุจนพงศ์กุล	Nursing Care in Pediatric Cancer Patients พว. สุดใจ จิตตยานนท์	Management of seizure In Pediatric พญ.ศิริรัตน์ สุวรรณโชติ
	พิธีเปิด 8.15 - 8.30 น.			
พธพัส 18 ก.ค. 2567	8.30-9.30 น.	10.45 - 12.00 น.	13.00 - 14.30 น.	15.00-16.00 น.
	Trend of Nursing Care in chronic disease Pediatric ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย	Nursing Care of Pediatric DM Type I in IPD พว.ทพย์รัตน์ คล้ายพันธุ์ พว.ชไมพร โคสสุ	Nursing care of Pediatric Seizure พว. วรราชา แซ่ฮ่วย	Genetic counseling in Pediatric พว.ณัฐสินี ภูวกส์ศักดิ์กุลเลิศ
ศุภร์ 19 ก.ค. 2567	8.30-9.30น	11.00 – 12.00 น.	13.00 - 14.30 น.	Q & A ปิดการอบรม
	Update on Thalassemia พญ.อรุโณทัย มีแก้วกฤษร	Pain management in palliative Care พญ.เดือนเพ็ญ ทวีรัตนเรือง	Quality of life in chronic disease Pediatric พว.วาณี แมนย่า	



ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม  
เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก ครั้งที่ 2”  
วันที่ 17 - 19 กรกฎาคม 2567

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

\*\*\*\*\*

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- Company code: 9609 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก on-site ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)  
 Company code: 9994 การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก online ค่าลงทะเบียน 2,200 บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- โอนผ่าน Krungthai Next       โอนผ่านตู้ ATM       ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร  
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาโทรศัพท์ 9609 หรือ 9994 เลือก การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ความพึงพอใจต่อระบบการชำระเงิน       มาก       ปานกลาง       น้อย

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุค่านำหน้า) ..... นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล) .....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน(ชื่อโรงพยาบาล).....

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

อาหาร       ทัวไป       อิสลาม       อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม       ชื่อผู้ลงทะเบียน       หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....  
.....  
.....

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ชาตะวรหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11  
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113 หรือ 088 874 4674 (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย 67 - 1 ก.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก (รูปแบบ ON-SITE)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9609

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน 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

Company Code: 9609  
กรุงเทพฯ

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก รูปแบบ ON-SITE)  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

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 .....



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย 67 - 1 ก.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก (รูปแบบ ONLINE)

\*\*\*\*\*



Company Code: 9994

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

**ค่าลงทะเบียน**

ค่าลงทะเบียน อัตรา 2,200.- บาท/ท่าน

**การชำระเงิน**

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

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



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9994

วันที่.....

กรุงเทพฯ

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเด็ก รูปแบบ ONLINE)

สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

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 .....