

whs



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๗๕๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล รุ่นที่ ๙  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนีทุกแห่ง/ศูนย์อนามัยทุกแห่ง

- |                  |                         |              |
|------------------|-------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. กำหนดการอบรม         | จำนวน 1 ฉบับ |
|                  | ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม | จำนวน 1 ฉบับ |
|                  | ๓. ใบชำระเงิน           | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมแกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล รุ่นที่ ๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลผู้ผ่านการอบรมสามารถเสริมสร้างพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลไปถ่ายทอดสู่ทีมพยาบาล และวางแผนการจัดระบบการทำงานในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างมีระบบ ลดอัตราป่วยตาย ระหว่างวันที่ ๒๙ พฤษภาคม - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยเสียค่าลงทะเบียน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) จำนวน ๓๕ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com) และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ และอีเมล [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)



จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบโดยทั่วกันด้วย

ขอแสดงความนับถือ  
- สำนักรงการแพทย์ กรมการแพทย์  
- สำนักรงการแพทย์ กรมการแพทย์  
- สำนักรงการแพทย์ กรมการแพทย์  
- สำนักรงการแพทย์ กรมการแพทย์  
(นางสาวนัยนา นิศะนันท์)

<input type="checkbox"/>	อนุมัติ/อนุญาต
<input type="checkbox"/>	ชอบ
<input type="checkbox"/>	ลงนัด
<input type="checkbox"/>	ลงนาม
<input type="checkbox"/>	มอบ
<input type="checkbox"/>	ทราบ

สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นางสรวิศรินดา เสมอใจ)

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม  
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒๓๕๔ ๘๐๘๘

Email address: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

(นายสมภพ เมืองชิน)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)

ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

๕ 4 เม.ย. 2566

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

๕ 5 เม.ย. 2566

- 4 เม.ย. 2566

## ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

อบรมเรื่อง “แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล” รุ่นที่ ๙

วันที่ ๒๙ พฤษภาคม - ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

\*\*\*\*\*

### ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

อัตราค่าลงทะเบียน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

### ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง1ช่องทาง) ใช้ Company Code : 9616

โอนผ่าน Krungthai Next  โอนผ่านตู้ ATM  โอนผ่านธนาคาร  QR-Cdoe พร้อมเพย์

### ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม (สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล).....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เลขที่สมาชิก.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail address.....ID LINE.....

ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้ลงทะเบียน  หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

### ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

### ผู้ประสานงาน

คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ส่งหลักฐานและลงทะเบียน

ตอบรับเข้าอบรม

### หมายเหตุ

• เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร 02 354 8088

• ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วันได้ที่เว็บไซต์ [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

• ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2566

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
อบรมเรื่อง "แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล" รุ่นที่ 9

\*\*\*\*\*



Company Code: 9616

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี อัตรา 5,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย



Company Code: 9616

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง "แกนนำพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสำหรับพยาบาล" รุ่น 9 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 .....