

กช



ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๑๗๐

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๓ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม เรื่อง “Emergency Management in Pediatrics Case-based Approach”  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/  
ผู้อำนวยการสำนักอนามัยและผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบตอบรับเข้าอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “Emergency Management in Pediatrics Case-based Approach” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ทั่วไป กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์ได้มีการฟื้นฟูความรู้ทางด้านกุมารเวชศาสตร์ที่ทันสมัย รวมถึงมีความรู้และวิทยาการก้าวหน้าเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคการรักษาและการป้องกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ โดยจัดประชุมในรูปแบบ Hybrid Conference (Online และ Onsite) ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุรเกียรติ์ - ท่านผู้หญิง ดร.สุรวลัย เสถียรไทย ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์เข้ารับการอบรม โดยมีค่าลงทะเบียนแบบ Onsite (ชำระค่าลงทะเบียนระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) ราคา ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) ค่าลงทะเบียนแบบ Onsite (ชำระค่าลงทะเบียนระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖) ราคา ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ค่าลงทะเบียนแบบ Online (ชำระค่าลงทะเบียนระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ - ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖) ราคา ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) และมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้าอบรมได้ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับได้ที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖ รายละเอียดการอบรม [www.childrenhospital-training.com](http://www.childrenhospital-training.com)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวนัยนา นิศนันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



QR-CODE  
เอกสารประชาสัมพันธ์



QR-CODE  
ช่องทางการชำระเงิน

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด  
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔  
[www.childrenhospital-training.com/](http://www.childrenhospital-training.com/) Email address: [qsnich.training@gmail.com](mailto:qsnich.training@gmail.com)

## ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

### เรื่อง “Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach”

วันที่ ๑๖ - ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖

ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุรเกียรติ์ - ท่านผู้หญิง ดร.สุชาวัลย์ เสถียรไทย ชั้น ๒๗  
อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชนิ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิ

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน ▶ อัตราค่าลงทะเบียน (Onsite) ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)  
อัตราค่าลงทะเบียน (Onsite) ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน)  
อัตราค่าลงทะเบียน (Online) ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next  โอนผ่านตู้ ATM

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือกชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส (onsite: ๙๖๔๙) (onsite: ๙๒๑๕๗) (online: ๙๖๑๔) เลือก หลักสูตรการอบรมเผยแพร่ความรู้และวิชาการด้านกุมารเวชศาสตร์ หลังจากนั้น ทำตามขั้นตอน เลขที่อ้างอิง ใส่เลขที่บัตรประชาชน . หมายเลขโทรศัพท์ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

โอนผ่านธนาคาร นำใบชำระเงินค่าลงทะเบียนที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ไปชำระที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขา

#### ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม

ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน.....ที่อยู่เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร.....

E-mail address .....

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่  ไม่เคย  เคย ระบุปีทีอบรม.....

ท่านที่มาประชุม ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิ กรุณาเลือกกิจกรรมที่ท่านสนใจ ๑ กิจกรรม ดังต่อไปนี้

Respiratory Workshop (๔๐ คน)

Pediatric GI Imaging Smart Use

ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้เข้าอบรม  หน่วยงาน (กรุณากรอกชื่อหน่วยงานด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน .....

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เพ็องสูงเนิน กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด ชั้น ๑๑  
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชนิ ๔๒๐/๘ ถนนราชนิ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔ (ในเวลาราชการ)

หมายเหตุ ● เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายัง Email: qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

● ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน ๗ วันได้ที่  
www.childrenhospital-training.com

● ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถ  
เข้ารับการอบรมได้



QR-CODE  
ใบตอบรับเข้าประชุม

ตารางอบรมระยะสั้น “Emergency Management in Pediatrics Case-based Approach”

ณ ห้องประชุมศาสตราจารย์พิเศษ ดร.สุรเกียรติ์ - ท่านผู้หญิง ดร.สุธาวัลย์ เสถียรไทย

ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชนี

วันที่ 16 – 18 สิงหาคม 2566 เวลา 08.00 – 16.00 น.

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี

วันพุธที่ 16 สิงหาคม 2566

เวลา	หัวข้อ
08.00 – 08.50 น.	Urgent Issues at Well Child Clinic โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงนัยนา ณีชนะนนท์
08.50 – 09.40 น.	Pitfalls of Hasty GI Problem Solving โดย แพทย์หญิงนพรัตน์ ประชาสิทธิศักดิ์
09.40 – 10.30 น.	Pre-Luncheon Symposium
10.30 – 10.50 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
10.50 – 11.40 น.	Pneumothorax โดย ผศ.พิเศษ นายแพทย์ประวิทย์ เจตนาชัย
11.40 – 12.30 น.	Luncheon Symposium
12.30 – 13.20 น.	Luncheon Symposium
13.20 – 14.10 น.	Pediatrics Oncologic Emergencies โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงอรุโณทัย มีแก้วกฤษกร
14.10 – 14.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
14.20 – 15.10 น.	Hereditary Angioedema Attack Recognition & Management โดย นายแพทย์กัณย์ พงษ์สามารถ
15.10 – 16.00 น.	Neonates with Abnormal Inborn Errors of Metabolism Screening โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงจุฬาลักษณ์ คุปตานนท์

วันพฤหัสบดีที่ 17 สิงหาคม 2566

เวลา	หัวข้อ
08.00 – 08.50 น.	Asphyxia in Neonates โดย แพทย์หญิงลลิตวดี ทังสุภูติ
08.50 – 09.40 น.	Pediatrics Dermatologic Emergencies โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงนุชนาฏ รุจิเมธาภาส
09.40 – 10.30 น.	Pre-Luncheon Symposium
10.30 – 10.50 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
10.50 – 11.40 น.	Cardiogenic Shock in Pediatrics โดย แพทย์หญิงพรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ นายแพทย์กตัญญู บุญยวาณิชกุล
11.40 – 12.30 น.	Luncheon Symposium
12.30 – 13.20 น.	Luncheon Symposium
13.20 – 14.10 น.	Challenges in Fluid Management of Hyponatremia โดย นายแพทย์ชูเกียรติ เกียรติขจรกุล

เวลา	หัวข้อ
14.10 – 14.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
14.20 – 15.10 น.	How to Deal with Aggressive Behavior ? โดย แพทย์หญิงวิมาขนี บุญช่วย
15.10 – 16.00 น.	All About Self-Harm in Adolescents โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารตินนท์

วันศุกร์ที่ 18 สิงหาคม 2566

เวลา	หัวข้อ
08.00 – 08.50 น.	Cannabis-Related Emergencies in Children & Adolescents โดย รศ.พิเศษ แพทย์หญิงอดิสรุสดา เฟื่องฟู แพทย์หญิงศิโรรัตน์ สุวรรณโชติ
08.50 – 09.40 น.	Approach to Life-Threatening Infectious Diseases: Challenges and Opportunities โดย แพทย์หญิงประอร สุประดิษฐ์ ณ อยุธยา ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงพัชต์เพ็ญ สิริคุตต์ แพทย์หญิงธันชชา ไ้วจรัสศักดิ์
09.40 – 10.30 น.	Pre-Luncheon Symposium
10.30 – 10.50 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
10.50 – 11.40 น.	Endocrinologic Emergencies: What You Need to Know ? โดย แพทย์หญิงพิริยา จันทราธรรมชาติ แพทย์หญิงวิภา วรัญญวงศ์
11.40 – 12.30 น.	Luncheon Symposium
12.30 – 13.20 น.	Luncheon Symposium
13.20 – 14.10 น.	CPG for the Inpatient Treatment of Severe Acute Malnutrition โดย นายแพทย์สุรณัฐ แก้วณิมย์
14.10 – 14.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่ม
14.20 – 15.20 น.	On-site Respiratory Workshop (60 min) โดย ผศ.พิเศษ นายแพทย์ประวิทย์ เจตน์ชัย แพทย์หญิงกัญทิมาศ สิทธิกุล พว.พรรณทิภา สารธรรม <ul style="list-style-type: none"> <li>Respiratory Support in the Emergency Setting</li> <li>Smart Handling of Common Problems &amp; Pitfalls During Mechanical Ventilation</li> </ul> Pediatric GI Imaging Smart Use (60 min) โดย ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจนนุวัตร นายแพทย์สิโรจน์ ขนอม แพทย์หญิงกนกพร ชุติวงศ์ธนพัฒน์



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖

### สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
(Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach (on-line))

\*\*\*\*\*



Company Code: 9614

กรุงเทพ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

#### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 2,000.- บาท/ท่าน

#### การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงเทพ

วันที่.....



Company Code: 9614

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach) 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 .....



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
(Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach (on-site))

\*\*\*\*\*

Company Code: 9649  
กรุงเทพ

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -     -      -   -

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

**ค่าลงทะเบียน**

ค่าลงทะเบียน อัตรา 2,500.- บาท/ท่าน

**การชำระเงิน**

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

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



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

ส่วนของธนาคาร  
กรุงเทพ

Company Code: 9649 วันที่.....  
กรุงเทพ

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach) 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 .....



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

### สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach (on-site))

\*\*\*\*\*



Company Code: 92157

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

กรุงศรี

วันที่.....



Company Code: 92157

กรุงศรี

ค่าลงทะเบียน โครงการ (Emergency Management in Pediatrics Case-Based Approach) 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 .....