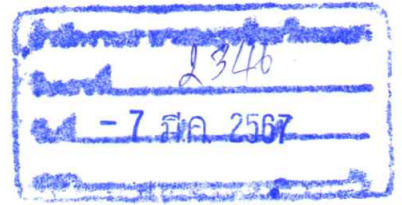


นาง



ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๑๒๖๖

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม เรื่อง “การเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูกสำหรับผู้ปกครอง”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป

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

ด้วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการอบรม เรื่อง “การเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูกสำหรับผู้ปกครอง” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ได้รับข้อมูล ความรู้ การจัดการปัญหาในหลายวิธี และนำไปประยุกต์ใช้พัฒนาทักษะกระบวนการกลุ่ม บำบัดให้เหมาะสมกับการดูแลเด็กและครอบครัวต่อไป วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ , วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ และ วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไป ที่สนใจเข้าร่วมอบรม โดยเสียค่าลงทะเบียน ๑,๕๐๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๒๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี ดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศุภวัชร บุญกษิต์เดช)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



เอกสารประชาสัมพันธ์

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

Email address: qsnich.training@gmail.com



เว็บไซต์ OSNICH EDUCATION AND TRAINING CENTER

กำหนดการ

อบรมเรื่อง “การเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูกสำหรับผู้ปกครอง”

โดยกิจกรรมแบ่งเป็น 3 วัน ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันศุกร์ที่ 21 มิถุนายน 2567

เวลา 13.00 - 16.00 น.

การตระหนักรู้เท่าทันตนเองในสถานการณ์เลี้ยงลูก

โดย	แพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารตินนท์	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	แพทย์หญิงฉัตรพร ตั้งจิตติพร	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	แพทย์หญิงสุนทรียา ลีลาแสงสาย	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	นางจินณพัต ยอดไกรศรี	นักจิตวิทยาคลินิก
	นางสาวอัจฉรา คงสนทนา	นักจิตวิทยาคลินิก

ครั้งที่ 2 วันศุกร์ที่ 5 กรกฎาคม 2567

เวลา 13.00 - 16.00 น.

การตระหนักรู้ที่มาที่ไปของการเลี้ยงลูกของตนและการเห็นอกเห็นใจตนเอง

โดย	แพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารตินนท์	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	แพทย์หญิงฉัตรพร ตั้งจิตติพร	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	แพทย์หญิงสุนทรียา ลีลาแสงสาย	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	นางจินณพัต ยอดไกรศรี	นักจิตวิทยาคลินิก
	นางสาวอัจฉรา คงสนทนา	นักจิตวิทยาคลินิก

ครั้งที่ 3 วันศุกร์ที่ 19 กรกฎาคม 2567

เวลา 13.00 - 16.00 น.

การสื่อสารเชิงบวกกับตนเองและลูกเพื่อสร้างความร่วมมือและซ่อมแซมความขัดแย้ง

โดย	แพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารตินนท์	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	แพทย์หญิงฉัตรพร ตั้งจิตติพร	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	แพทย์หญิงสุนทรียา ลีลาแสงสาย	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
	นางจินณพัต ยอดไกรศรี	นักจิตวิทยาคลินิก
	นางสาวอัจฉรา คงสนทนา	นักจิตวิทยาคลินิก

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
การเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูกสำหรับผู้ปกครอง (รูปแบบ Online)
วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ / วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ และ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗
ณ ห้องสตูดิโอเวชนิต์สน์ ชั้น ๑๒ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

Company code : ๙๖๕๖ ค่าลงทะเบียน ๑,๕๐๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next โอนผ่านตู้ ATM ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส ๙๖๕๖ เลือก
การเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูกสำหรับผู้ปกครอง ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการชำระเงินค่าลงทะเบียน มาก ปานกลาง น้อย

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุค่านำหน้า)นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....

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

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

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

ผู้ประสานงาน

คุณเพ็ญศิริ สายสุด งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม ชั้น ๑๑

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

โทรศัพท์ ๐๕๑๕๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๖๓๕-๕๖๓๕ (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมาทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน ๗ วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital.go.th
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ ๑ มี.ค. - ๓๑ มี.ย. ๒๕๖๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อบรมการเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูกเชิงบวกสำหรับผู้ปกครอง
(Positive parenting program)



Company Code: 9656

กรงิทย

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียน อัตรา 1,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

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



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



กรงิทย

ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9656

วันที่.....

กรงิทย.

ค่าลงทะเบียน อบรมการเพิ่มทักษะการเลี้ยงลูกเชิงบวกสำหรับผู้ปกครอง

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