งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
รับวันที่ 6 มิ.ย. 61
เวลา 14.30 น.
เลขที่รับ 611

5-5 มิ.ย.

สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง
รับวันที่ 6 มิ.ย. ๒๕๖๑
เลขที่ 1792
เวลา 13:00 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 ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล 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 การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเด็กได้ทบทวนและเสริมความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเด็กแรกเกิด-๕ ปี และเพิ่มพูนความรู้ใหม่ๆ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐.-บาท (สองพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมการอบรมได้ที่ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๑ ปิดรับสมัครหากผู้สมัครเต็มตามจำนวนที่กำหนด ดาวน์โหลดเอกสารและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.Childrenhospital-Training.com ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายยงยุส หัถพรสวรรค์)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม)
รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

(นายวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการแพทย์

(นายเกษม ... ทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มภารกิจวิชาการ
โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

45520

**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 quideline<br>แพทย์หญิงนัยนา ณีศะนันท์<br>นางสาวรัชนีกร พยัคฆะโส |
| 10.00 – 10.15 น. | Break |
| 10.15 – 11.15 น. | Developmental screening Autism,ADHD,DSPM<br>แพทย์หญิงอดิศร์สุดา เฟื่องฟู<br>นางขิ่ม สกุลนิ่ม |
| 11.15 – 12.00 น. | Update in Pediatric oral health care (form Newborn to teenagers)<br>ทันตแพทย์หญิงจิตรวรี จิตตั้งสมบูรณ์ |
| 12.00 - 13.00 น. | LUNCH |
| 13.00 – 14.00 น. | Common problem in pediatric Orthopedic<br>นายแพทย์วีระศักดิ์ ธรรมคุณานนท์ |
| 14.00 - 15.00 น. | Book and Media<br>ผศ.นพ.วีระศักดิ์ ชลไชยะ |
| 15.00 - 16.00 น. | Update vaccine 2018 อภิปรายโดย<br>รศ.พิเศษ นพ. ทวี โชติพิทยสุนนท์<br>นางสาวผกามาศ มังกรเจริญกุล |

โปรดพลิกด้านหลัง

***<u>หมายเหตุ</u> เวลาการบรรยาย อาจมีการปรับเลื่อนตามความเหมาะสมของวิทยากร

**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**

---

**วันศุกร์ที่ 3 สิงหาคม 2561**

| | |
|---|---|
| 08.30 -09.30 น. | เตรียมเด็กไทยอย่างไร เพื่อเข้าสู่ยุคศตวรรษที่21<br>แพทย์หญิงวินัดดา ปิยะศิลป์ |
| 09.30 – 10.15 น. | กินอย่างไรให้สูงดีสมวัย<br>แพทย์หญิงรัชดา เกษมทรัพย์ |
| 10.15 – 10.30 น. | Break |
| 10.30 - 11.15 น. | How to protect children's eye health<br>แพทย์หญิงสุมาลิน ตรัยไชยาพร |
| 11.15 - 12.00 น. | Common skin problem<br>แพทย์หญิงนุชนาฏ รุจิเมธาภาส |
| 12.00 - 13.00 น. | Lunch |
| 13.00 - 15.15 น. | Work Shop 3 Group<br>Group 1 Vision screening and early intervention<br>นางปราณี นาเมืองรักษ์ / นางสาวรพีวรรณ ภูยาธร/นางสาวชลดา<br>Group 2 Hearing screening and early intervention<br>นายบัญชา กระแสพิตร / นางสาวนภัสวรรณ /นายจตุพล คุณสูง<br>Group 3 Vaccine for Anaphylaxis common problem<br>แพทย์หญิงรัชดา เกษมทรัพย์ / นางสาวรัชนีกร / นางสาวณัฐชยา ปัญญายุทธศักดิ์ |

***<u>หมายเหตุ</u> เวลาการบรรยาย อาจมีการปรับเลื่อนตามความเหมาะสมของวิทยากร

# 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: Osnich.Training@gmail.com

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด
กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

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

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน 2561

# สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

**ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**

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

**********

Company Code: 9610
กรุงไทย

**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**
กรุงไทย

กรุงไทย Company Code: 9610 **วันที่**.....

**ค่าลงทะเบียน โครงการ (ประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์และพยาบาล ประจำปี 2561 "Update on Well child care: Investment for the future ") สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี** **สาขา**.....

**ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม** .....

**เลขบัตรประจำตัวประชาชน** (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

**ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด** (Reference 2): .....

**หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้** (Reference 3): .....

| ประเภทการชำระ | รายละเอียด | | จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht) |
|---|---|---|---|
| ☐ เงินโอน / A/C Transfer | เลขที่บัญชี / A/C No. | | |
| ☐ เงินสด / Cash | โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร<br>Please write amount in words | | |

ลงชื่อผู้ชำระเงิน...../ โทรศัพท์ .....