

สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับสูง
รับวันที่ 24 / มี.ค. / 61
เลขที่ 3886
เวลา 15.00 พ.



ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๑๔๗๓

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/
ส่วนก่อนามัย/สถาบันทันตกรรม/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์อนามัยทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
- ๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
- ๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
รับวันที่..... 26 ธ.ค. 61
เวลา..... 16.00 น
เลขที่รับ..... 1430

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century" สำหรับทันตแพทย์เด็ก และทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มพฤติกรรมเด็กในอนาคตและแนวทางการบริหารจัดการ และการรักษาทางทันตกรรมเด็ก รวมถึงทันตกรรมจัดฟัน ทันตศัลยกรรม และการจัดการภาวะฉุกเฉินในเด็ก ดังนั้นทางสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้จัดการอบรมดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์โปษยกฤต ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน ๑๔๐ คน

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ ทันตแพทย์ เข้าร่วมการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับการเข้าร่วมอบรมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๖๗๕ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒ และขอปิดรับสมัครหากจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๔๐ คน ด่วนโปรดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับ
การอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง
"Pediatric Dentistry for the Next Century"
ณ วันที่ 20-22 มีนาคม 2562

ขอแสดงความนับถือ

(นายธินันท์ เวชชาภินันท์)

๗-๑๗๑
(หม่อมราชวงศ์)
๒๕ ธ.ค. ๖๑

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

นพ.
- นพ. นพ. นพ.
- นพ. นพ. นพ.
- นพ. นพ. นพ.

๒๖ ธ.ค. ๖๑
(นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านทันตกรรมและฝึกอบรม)

นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม

รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพระดับสูง

(นางสาวเกศรา โชนาชัยสิริ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
สถาบันพัฒนาสุขภาพระดับสูง

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ทันตกรรมเด็ก

เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century"

วันที่ ๒๐ - ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒

ณ ห้องประชุมจักรพันธ์โปษยกฤต ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

คำนำหน้า.....ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน เลขที่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... ต่อ..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน

อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม นามบุคคล อื่นๆ ระบุ

ประเภทอาหาร ทั่วไป อิสลาม มังสวิรัติ

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา

(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๑๐ บาท)

การลงทะเบียน ลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘

ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ www.childrenhospital-training.com

(หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

เลือกรับเอกสารประกอบการบรรยายเพียง ๑ ข้อ

สแกน QR code รูปเล่มเอกสารประกอบการบรรยาย

(ผู้เข้าอบรมนำอุปกรณ์ที่สามารถอ่าน Digital File มาด้วยในการเข้ารับการอบรม)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เพ็ญสูงเนิน

กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ มือถือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียน

สมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

๓. เริ่มสมัครพร้อมชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒

กำหนดการประชุมวิชาการ หลักสูตรทันตกรรมเด็ก
(Pediatric Dentistry For The Next Century)

วันพุธที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๘.๐๐น.-๑๐.๓๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง ICDAS and Caries Management	รศ.ดร.ทพญ.ศิริรักษ์ นครชัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๑๐.๓๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง The Promising Future of Probiotics in Caries Prevention	ผศ.ทพญ.อรนิตา วัฒนรัตน์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๓.๐๐น.-๑๔.๓๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง The Past Present and Future of Pulp Dressing Material in Pediatric Dentistry	ผศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินท คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๑๔.๓๐น.-๑๖.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง พลิกมุมมองชีวิต Take off : ศิลปะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อหมอฟัน 4.0	รศ.ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพิทท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. / ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.

วันพฤหัสบดีที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๘.๐๐น.-๑๐.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Growth Modification: from Myths to Reality	ผศ.ทพญ.ดร.พินทุอร จันทรวราทิตย์ ภาควิชาทันตกรรมจัดฟัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๑๐.๐๐น.-๑๑.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง "Startup" Journey- Beneath the Tip of Iceberg	นส.ธีรยา ธีรนาคนาท CFO, Career Visa Digital Co.,Ltd.
๑๑.๐๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Dentistry vs Startup; How a Dentist turn into Tech Entrepreneur	ทพญ.กัญจน์ภัสสร สุริยาแสงเพชร CEO, Telemedico Co.,Ltd.
๑๓.๐๐น.-๑๔.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Facing the Challenges of Invisible Orthodontics	อ.ทพญ.สุธาทา ศรีอรุโณทัย ภาคเอกชน
๑๔.๐๐น.-๑๕.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง QSNICH Interceptive Orthodontics: Bridging Theory and Practice	ทพ.กฤษฎี ปิ่นณะรัส สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๕.๐๐น.-๑๖.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Lower Second Molar Impaction: Focusing and Magnifying Re-Match	ทพ.นพปฎล จันทร์ผ่องแสง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. / ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.

วันศุกร์ที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๒

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
๐๙.๐๐น.-๑๐.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง How to Manage Oral Swelling in Pediatrics	ทพ.วสันต์ ประเสริฐสม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๐.๐๐น.-๑๑.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Emergency Tx in Pediatrics	ทพญ.ยุวณูช นาควิเชียร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๑.๐๐น.-๑๒.๐๐น.	บรรยายหัวข้อเรื่อง Common oral Lesions in Pediatrics	อ.ทพ.ดร.อชิรุฐ สุพรรณเกษัช คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
๑๓.๐๐น.-๑๔.๐๐น.	บรรยาย Update CPR for Dentists	นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๔.๐๐น.-๑๕.๓๐น.	Update CPR (ภาคปฏิบัติ)	นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา นส.อรัญญา ไทยแท้ นส.อัญวิณ์ สันตินิพพาน นส.ลฎาภา เข้มทอง นางศุภลักษณ์ สวัสดิ์ชัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา ๑๐.๓๐น.-๑๐.๔๕น. / ช่วงบ่ายเวลา ๑๔.๓๐น.-๑๔.๔๕น.

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม 2562



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
หลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Pediatric Dentistry for the Next Century"



Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,500.- บาท / ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

วันที่.....

สาขา.....

Company Code: 9612

ค่าลงทะเบียน "หลักสูตรทันตกรรมเด็ก Pediatric Dentistry for the Next Century" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

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