

งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
 รับวันที่..... 23 ๕๓ ๖๒.....
 เวลา..... 15:20.....
 เลขที่รับ..... 1217.....



สถาบันพัฒนาสุขภาพภาคเหนือ
 รับวันที่ 20 / ๕.๓. / 62
 เลขที่ 3455
 เวลา 15.00 น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๙๔๗

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
 กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

5-23 ๕.๓.

๔ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล /
 สถาบันทันตกรรม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการอบรม

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการทันตกรรมแบบบูรณาการ “ทันตกรรมเด็กและทันตกรรมจัดฟัน” ในระหว่างวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๓ - ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาทางทันตกรรมเด็ก สามารถให้การตรวจวินิจฉัย วางแผนการรักษา การส่งปรึกษาการเตรียมผู้ป่วยรักษาทางทันตกรรมทั่วไป และทันตกรรมเด็กภายใต้การดมยาสลบ เข้าใจเกี่ยวกับงานจัดฟันในระยะฟันชุดน้ำนมและฟันชุดผสม สำหรับผู้ป่วยเด็กสามารถตรวจวินิจฉัย วางแผนการรักษา รวมถึงการส่งต่อเพื่อรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ ทันตแพทย์เด็ก และทันตแพทย์ทั่วไปที่มีความสนใจในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันสำหรับเด็ก มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย ๒ ปี เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๒๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งหลักฐานประกอบการสมัครสำหรับคัดเลือกได้ที่ คุณวิมลวรรณ ภวภูตานันท์ กลุ่มงานทันตกรรม ชั้น ๓ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๓๒๑ E-mail: qsnich.dental@gmail.com ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ - ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันฯ
 เพื่อโปรดทราบ เสร็จเรียบร้อย ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานพัฒนาองค์กรฯ ทราบ
 ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๒
 (นายวิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
 ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม กลุ่มสนับสนุนวิชาการ
 โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
 www.childrenhospital-training.com

23 ธ.ค. ๒๕๖๒ หลพรสวรรค,

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) รักษาราชการแทน
 ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพภาคเหนือ

ดิลกวิมลวรรณ
 ๒๓/๑๒/๖๒

(นางสาวเกศรา โชคินาชัยศิริ)
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน

ใบสมัคร

หลักสูตรทันตกรรมแบบบูรณาการ “ทันตกรรมเด็กและทันตกรรมจัดฟัน”
ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รูปถ่าย

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล..... อายุ.....ปี

Name (Mr./Mrs./Miss.).....Lastname.....

ตำแหน่ง.....

๒. ที่อยู่ติดต่อได้.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (บ้าน).....

มือถือ..... E-mail address.....

๓. สถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบันโรงพยาบาล.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

๔. ประวัติการศึกษา

๔.๑ ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต: ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

จากสถาบัน.....

๔.๒ การศึกษาหลังปริญญา มี ไม่มี

-หลักสูตร..... ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

จากสถาบัน.....

-หลักสูตร..... ปีที่สำเร็จการศึกษา.....

จากสถาบัน.....

๕. ประสบการณ์การทำงาน (ขอสงวนสิทธิ์ไม่พิจารณาหากข้อมูลต่าง ๆ มีรายละเอียดไม่ครบถ้วน)

๕.๑ ปฏิบัติงานตำแหน่งทันตแพทย์เด็ก ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)

และ/หรือปฏิบัติงานทันตแพทย์ทั่วไป ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)

๕.๒ สถานที่ปฏิบัติงาน ๑..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)

สถานที่ปฏิบัติงาน ๒..... ระยะเวลา..... ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ.)

๖. เหตุผลในการสมัครเข้าอบรม คือ.....

ลงชื่อ.....

วันที่ส่งเอกสาร.....

ส่งใบสมัครได้ที่

คุณวิมลวรรณ ภาควิชาทันต E-mail : qsnich.dental@gmail.com โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๓๒๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มงานทันตกรรม ชั้น ๓ อาคารสยามบรมราชกุมารี

ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

ดูรายละเอียดได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หมายเหตุ

- กรุณาเขียนตัวบรรจง ให้ส่งเอกสารการสมัครทาง E-mail : qsnich.dental@gmail.com พิจารณาเฉพาะผู้ที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและถูกต้อง
- รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ ถึง วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
- ประกาศผลคัดเลือกวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ทาง www.Childrenhospital-Training.com
- อบรมวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ขั้นตอนการรับสมัคร

1. รับสมัครตั้งแต่วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ - ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
2. ส่งหลักฐานการสมัครมาได้ที่ คุณวิมลวรรณ ภาณุตานันท์ ทาง E-mail : qsnich.dental@gmail.com
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๓๒๑ เวลา ๐๘.๓๐-๑๕.๓๐ น.
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มงานทันตกรรม ชั้น ๓ อาคารสยามบรมราชกุมารี
ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
3. คณะกรรมการจะพิจารณาคัดเลือก และประกาศผลผู้มีสิทธิเข้ารับการอบรม ในวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
ทาง : www.childrenhospital-training.com
4. ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกดำเนินการชำระค่าลงทะเบียนจำนวน ๖๐,๐๐๐ บาท (หกหมื่นบาทถ้วน) เพื่อยืนยันการเข้าอบรม
ตั้งแต่วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ - ๖ มีนาคม ๒๕๖๓ โดยนำแบบฟอร์มการชำระเงินค่าลงทะเบียน
ไปชำระค่าลงทะเบียนได้ที่ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขา และส่งสำเนาการโอนเงินทางโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘
(เขียนชื่อ-สกุลในใบสำเนาของผู้โอนเงินให้ชัดเจน)
**กรณีโอนเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันสุขภาพเด็กฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี
และไม่อนุญาตให้เปลี่ยนตัวผู้เข้าอบรมเอง**
5. เข้าร่วมอบรมวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓