งานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
รับวันที่ 23 ธค 62
เวลา 15.20
เลขที่รับ 1218

สถาบันพัฒนาสุขภาวะชุมชนเมือง
รับวันที่ 20 / ธ.ค. / 62
เลขที่ 3454
เวลา 15.00 น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๖๔๐

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 5-25 ธ.ค.
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Special Issues for Pediatric Dentistry"

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

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Special Issues for Pediatric Dentistry"สำหรับทันตแพทย์เด็ก และทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวโน้มพฤติกรรมเด็กในอนาคตและแนวทางการบริหารจัดการ และการรักษาทางทันตกรรมเด็ก รวมถึงทันตกรรมจัดฟัน ทันตศัลยศาสตร์ และการจัดการภาวะฉุกเฉินในเด็ก ดังนั้นทางสถาบันสุขภาพเด็กฯ ได้จัดการอบรมดังกล่าว ในระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุม ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารีฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน ๒๐๐ คน

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ ทันตแพทย์ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับเข้าร่วมอบรมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๕๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ และขอปิดรับสมัครหากจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๒๐๐ คน ดาวน์โหลดเอกสารการชำระเงินและลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
กลุ่มสนับสนุนวิชาการ
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

(นางสาวเกศรา โชคนำชัยสิริ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาราชการแทน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาองค์กรและขับเคลื่อนกำลังคน
23 ธ.ค. 64

(นายวิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กำหนดการประชุมวิชาการหลักสูตรทันตกรรมเด็ก "Special Issues for Pediatric Dentistry"

วันที่ 18-20 มีนาคม 2563

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ห้องประชุมสยาม1,2 ชั้น 7

วันพุธที่ 18 มีนาคม 2563

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
09.00น.-10.00น.	อภิปรายเรื่อง Disto-inclined lower 7 vs Optimal time of lower 8 removal.	ทพ.นพปฏล จันทร์ผ่องแสง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พตอ.หญิง อมรรัตน์ วณิชโยบล โรงพยาบาลตำรวจ
10.00น.-11.00น.	บรรยายเรื่อง Ideal timing for extraction of compromised first permanent molar: theory vs reality.	ผศ.ทพญ.ภาพิมล ชมภูอินไหว คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
11.00น.-12.00น.	บรรยายเรื่อง Molar hypomineralization - a worldwide problem -What do we know and what can we do.	ผศ.ทพญ.ชนิกา แมนมนตรี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม
12.00น.-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00น.-14.00น.	บรรยายเรื่อง Healthy eating behavior.	พญ.นัยนา ณีศะนันท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
14.00น.-15.00น.	บรรยายเรื่อง What do we know about sleep bruxism in children?	รศ.ดร.ทพ.สมศักดิ์ ไมตรีรัตนะกุล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
15.00น.-16.00น.	บรรยายเรื่อง QSNICH's management of ectopic eruption, embedded and impacted teeth.	ทพ.กฤษฎี ปัณณะรัส สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา 10.30น.-10.45น. / ช่วงบ่ายเวลา 14.30น.-14.45น.

วันพฤหัสบดีที่ 19 มีนาคม 2563

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
09.00น.-10.00น.	บรรยายเรื่อง ปลุกพลังภายใน รับมือกับความท้าทายใหม่ๆในสังคม	รศ.ดร.พญ.วารุณี พรรณพานิช วานเดอพีทท์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
10.00น.-11.00น.	บรรยายเรื่อง Cleft and Craniofacial Care: you will never (be able to) work alone.	ทพญ.จรินทร โคธีรานุรักษ์ ภาคเอกชน
11.00น.-12.00น.	บรรยายเรื่อง Update oral health care.	รศ.ดร.ทพญ.ศิริรักษ์ นครชัย คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
12.00น.-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00น.-16.00น.	บรรยายเรื่อง สุขภาพดีด้วยมณีเวช	นพ.นภดล นิงสานนท์ ภาคเอกชน

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา 10.30น.-10.45น. / ช่วงบ่ายเวลา 14.30น.-14.45น.

วันศุกร์ที่ 20 มีนาคม 2563

เวลา	หัวข้อเรื่อง	วิทยากร
09.00น.-10.00น.	บรรยายเรื่อง Esthetics consideration for growing children.	อ.ดร.ทพญ.วรีย์รัตน์ เจิงประภากร คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10.00น.-11.00น.	บรรยายเรื่อง An introduction of tomorrow's dental practice.	ทพ.อดิศร หาญวรวงศ์ ภาคเอกชน
11.00น.-12.00น.	บรรยายเรื่อง Orthodontics for kids. when and why.	ทพ.วุฒิพงษ์ เหล่าอมต ภาคเอกชน
12.00น.-13.00น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00น.-14.00น.	บรรยายเรื่อง Internet gaming disorder เข้าใจ เข้าถึงและช่วยเหลือเด็กติดเกม และอินเทอร์เน็ต	พญ.ถิรพร ตั้งจิตติพร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
14.00น.-16.00น.	อภิปรายเรื่อง Unseen Cases in QSNICH	ทพญ.ประไพ ชุณหคล้าย ทพญ.สิริสรรค์ จริยพงศ์ไพบูลย์ ทพญ.กองกาญจน์ พรสูงส่ง ทพญ.จิตรวรี จิตตั้งสมบูรณ์ ทพญ.ภัทรานุช เบญจสุวรรณเทพ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา 10.30น.-10.45น. / ช่วงบ่ายเวลา 14.30น.-14.45น.

กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนก่อนส่งใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
ทันตกรรมเด็ก
เรื่อง "Special Issues for Pediatric Dentistry"
วันที่ ๑๘ - ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๓
ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ 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)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณวไลพร เฟื่องสูงเนิน
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 กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
๓. เริ่มสมัครพร้อมชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หลักสูตรทันตกรรมเด็ก เรื่อง "Special Issues for Pediatric Dentistry"

กรุงไทย 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

กรุงไทย ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย Company Code: 9612

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน "หลักสูตรทันตกรรมเด็ก "Special Issues for Pediatric Dentistry" 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 Please write amount in words		

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