กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ 5603
วันที่ 15 ธ.ค. 2568
เวลา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
รับที่ 17273
วันที่ 15 ธ.ค. 2568
เวลา 14:26 น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/ พ๑๓๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์และเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมหลักสูตร “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ
๔. แบบฟอร์มการชำระเงิน จำนวน ๓ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดอบรมหลักสูตร เรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom และจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ภาคปฏิบัติและทฤษฎี วันที่ ๙ - ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๙ และภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๑๐ – ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๙ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด สังเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จัดอบรม ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญพยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์ที่สนใจเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น **โดยอบรมภาคปฏิบัติและทฤษฎี (on-site) จำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๕๐๐ บาท** (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) **ภาคทฤษฎี (on-site) จำนวน ๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท** (สี่พันบาทถ้วน) **และภาคทฤษฎี (online) จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท** (สามพันบาทถ้วน) เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๘ – ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลังจากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th หรือ QR-Code ด้านล่าง และสอบถามเพิ่มเติมที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒนะ)
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ลงทะเบียน การพยาบาลทารกแรกเกิด

QR-code ลงทะเบียน

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

เรียน นพ.สสจ.ตรัง
- เพื่อโปรดทราบ
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จัดอบรม -
หลักสูตร การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ผ่านระบบ Onsite
และ Online ระหว่างวันที่ 9-13 มิ.ย. 2569
- เห็นควรประชาสัมพันธ์ผ่าน web สสจ.ตรัง

16 ธค 68

17 ตค 68

ดำเนินการ

(นายรัชพล สัมฤทธิ์)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) รักษาราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง
17 ธ.ค. 2568

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
"การพยาบาลทารกแรกเกิด" ในวันที่ 9-13 มีนาคม 2569
ณ ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา มหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จันทร์ 9 มี.ค. 2569	08.00– 08.30 น. ลงทะเบียน Pre -test	8.30 – 10.30 น. NCPR (ภาคบรรยาย) พ.ญ. นณิสตา นพรัตน์	พัก 10.30-10.45 น.	10.45 - 12.00 น. Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค กลุ่มที่ 2 พว. สุพัตรา ทาอ้อ กลุ่มที่ 3 พว.อุษณี มันปอ กลุ่มที่ 4 พว.วรรณี จันทรมาศ กลุ่มที่ 5 พว.อรวรรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาด นาคเรือง	พักรับประทานอาหารกลางวัน 12.00 – 13.00 น.	13.00 - 14.00 น. NCPR (ภาคบรรยาย) พ.ญ. นณิสตา นพรัตน์	14.00 - 15.15 น. Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค กลุ่มที่ 2 พว. สุพัตรา ทาอ้อ กลุ่มที่ 3 พว.อุษณี มันปอ กลุ่มที่ 4 พว.วรรณี จันทรมาศ กลุ่มที่ 5 พว.อรวรรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 6 พว.พุทธชาด นาคเรือง	พัก 15.15 -15.30 น.	15.30 - 16.30 น. Megacode and debriefing Postest และเฉลย พว.พุทธชาด นาคเรือง
อังคาร 10 มี.ค. 2569	8.00-8.15น. แนะนำหลักสูตร	8.15-10.15 น 10 Steps BF in sick neonate : The new normal พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ	10.15น-10.40น พิธีเปิดโดย ผู้อำนวยการ สถาบันฯ	พัก 10.40 - 11.00 น.	11.00 - 12.00 น. Early warning signs & Neonatal Sepsis พญ.วริศรา ศรีสมบูรณ์		13.00 - 14.00 น. MAS ผศ.พญ.มิรา โคราษา	พัก 14.00-14.15 น.	14.15 - 15.00 น. PPHN ผศ.พญ.มิรา โคราษา		15.00 - 16.30 น. Nursing care of PPHN พว.ไพรินทร์ โพธิ์สาวัง
พุธ 11 มี.ค. 2569	08.00 -10.00 น. Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วิณา จีระแพทย์	พัก 10.00 –10.15 น.	10.15 – 11.15 น. RDS and surfactant therapy พ.ญ. นณิสตา นพรัตน์	11.15 – 12.15 น. Nursing care of RDS and surfactant therapy พว.วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ			13.00 - 14.00 น. Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา		14.15 - 15.15น. BPD พ.ญ. นณิสตา นพรัตน์		15.15 – 16.30 น. Nursing care of BPD พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค
พฤหัสบดี 12 มี.ค. 2569	08.00 - 09.00 น. ROP นพ.สมมนตร์ จินดากุล	09.00 - 10.00 น. Nursing care Of ROP พว.ชณารัศมิ์ เรืองมงคลวิชญ์	พัก10.00-10.15น	10.15 - 12.15 น. Intensive care monitoring and Pain management in neonate พว.วรรณี จันทร์มาศ		13.00 - 14.00 น. Hyperbilirubinemia นพ.สมมนตร์ จินดากุล	14.00 - 15.00 น. การพยาบาลทารกที่มีภาวะ hyperbilirubinemia พว.สุพัตรา ทาอ้อ	พัก15.00 -15.15 น.	15.15 - 16.15 น. IVH พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยุธยา		
ศุกร์ 13 มี.ค. 2569	08.00 - 09.00 น. Developmental care in neonate พว.ฐานวีร์ ธนชัยบุบผารมย์	09.00 - 10.15 น. High Alert drug พว.อรวรรณ ขาวโสภา	พัก 10.15-10.30 น.	10.30- 12.00 น. Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พุทธชาด นาคเรือง		13.00 - 14.00 น. PDA นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง	14.00 – 15.00 น. NEC & Enteral Feeding (อภิปราย) นพ.สมมนตร์ จินดากุล & พว.สุพัตรา ทาอ้อ		พิธีปิด		

หมายเหตุ ลงทะเบียน 9 - 13 มีค.69 เรียนทฤษฎีและปฏิบัติ 10 - 13 มีค.69 เรียนอบรมทฤษฎี ระบบ onsite และระบบ on line

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขั้นตอนที่ 1 ชำระเงินเพื่อลงทะเบียนอบรม ได้ 3 ช่องทาง

1. ชำระค่าลงทะเบียนทาง แอปพลิเคชั่น Krungthai Next
2. ชำระทางตู้ ATM ของธนาคารกรุงไทยเท่านั้น
3. นำใบ "แจ้งชำระค่าลงทะเบียน" ไปชำระเงินที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขาทั่วประเทศ (มีค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท)

*** ข้อ 1 และ 2 ท่านสามารถดูวิธีการชำระเงินได้ทาง QR-Code ดาวน์โหลดเอกสารตรงหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก

ขั้นตอนที่ 2 ลงทะเบียนเพื่อยืนยันการสมัครเข้าอบรม

- เมื่อผู้เข้าอบรมชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อย ให้ท่านลงทะเบียนตอบกลับ โดยสแกน QR-Code ลงทะเบียนตอบรับการอบรมที่อยู่ในเอกสารแนบหน้า "ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม" โดยใส่ข้อมูลส่วนตัวของท่านตามขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบรายชื่อผู้สมัครเข้าอบรม

- ผู้เข้าอบรมที่ดำเนินการตอบกลับการอบรมเรียบร้อยแล้ว สามารถเข้าตรวจสอบรายชื่อของท่านได้หลังจาก ลงทะเบียนตอบกลับแล้ว 7 วัน ทาง QR-Code ดาวน์โหลดเอกสารที่อยู่หน้าหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก หัวข้อ "ตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าอบรม"

ขั้นตอนที่ 4 ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม

- หากท่านต้องการติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สามารถติดต่อที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113,5120 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 088 874 4674 (ในวันและเวลาราชการ) ***โดยแจ้งชื่อหลักสูตร ที่ต้องการทราบรายละเอียดกับเจ้าหน้าที่ได้เลยคะ หรือส่งคำถามมาที่ E-mail : qsnich.training@gmail.com (อย่าลืมใส่ ชื่อ-สกุล หน่วยงาน ชื่อหลักสูตร วันเวลาที่จัดอบรม ที่ท่านสนใจมาด้วย เพื่อความรวดเร็วในการตรวจสอบ)

ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

www.childrenhospital.go.th

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด"

วันที่ 9 - 13 มีนาคม 2569

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

****

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ **Company code: 9650** อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ **(on-site)** ค่าลงทะเบียน 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)

☐ **Company code: 9612** อบรมทฤษฎี **(on-site)** ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

☐ **Company code: 9613** อบรมทฤษฎี **(online)** ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9650 , 9612 หรือ 9613 เลือก การพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ*(ระบุคำนำหน้า)* .....นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม*(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)* .....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน*(ชื่อโรงพยาบาล)*.....

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

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ชาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113 หรือ 088-874-4674 (<u>ในเวลาราชการ</u>)

ลงทะเบียน การพยาบาลทารกแรกเกิด

QR-code ลงทะเบียน

<u>หมายเหตุ</u>

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ ***(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)*** และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ ***<u>QR-code ลงทะเบียน</u>***
- ทางคณะผู้จัดการอบรม *<u>ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้</u>*
- สถานที่จัด***<u>ไม่มี</u>***ที่จอดรถให้กับผู้เข้าอบรม ***(ค่าบริการที่จอดรถ 50 บาท/ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมต้องชำระด้วยตัวเอง)***

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 8 ธ.ค. 68 – 23 ก.พ. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (รูปแบบ ON-SITE)

****

กรุงไทย Company Code: 9650

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,500.- บาท/ท่าน

<u>การชำระเงิน</u>

☐ 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: 9650

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (<u>การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ON-SITE</u>) สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

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

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

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 8 ธ.ค. 68 – 23 ก.พ. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ON-SITE)

****

กรุงไทย Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,000.- บาท/ท่าน

<u>การชำระเงิน</u>

☐ 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 โครงการ (<u>การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี ON-SITE</u>) **สาขา**.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

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

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

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 8 ธ.ค. 68 – 23 ก.พ. 69

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ONLINE)

****

กรุงไทย Company Code: 9613

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

<u>ค่าลงทะเบียน</u>

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,000.- บาท/ท่าน

<u>การชำระเงิน</u>

☐ 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: 9613

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (<u>การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี ONLINE</u>) สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2): .....

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

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