กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ: 2653
วันที่รับ: 15/6/2569
เวลารับ: 14:53

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
เลขรับ: 08353
วันที่รับ: 15/6/2569
เวลารับ: 14:07

ที่ สธ ๐๓๒๑/๓๓๔๐

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๙ มิถุนายน ๒๕๖๙

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก สำหรับพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพ/วิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนีทุกแห่ง

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

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจัดโครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก สำหรับพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลผู้ดูแลและใช้เครื่องมือแพทย์ มีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้เครื่องมือแพทย์ได้อย่างถูกต้อง โดยจัดอบรมวันที่ ๕ - ๗ สิงหาคม ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอประชาสัมพันธ์และเชิญพยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาลที่สนใจปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กเข้าอบรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น **โดยเสียค่าลงทะเบียน ๓,๘๐๐ บาท** (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) รับจำนวน ๖๐ คน เปิดรับสมัครตั้งแต่วันนี้ถึงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ โดยผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง จากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th หรือ QR-Code และสอบถามเพิ่มเติมด้านลงทะเบียนได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ Email : qsnich.training@gmail.com สอบถามด้านวิชาการที่ฝ่ายการพยาบาล โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๖๑๘๐๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจเข้าร่วมอบรมด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอาคม ชัยวีระวัฒนะ)
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ลงทะเบียน

QR Code ลงทะเบียน

ภารกิจด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓

เรียน นพ.สสจ.ตรัง
- เพื่อโปรดทราบ
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จัดอบรมโครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก สำหรับพยาบาล ระหว่างวันที่ 5-7 สค.69
เห็นควรประชาสัมพันธ์ผ่านwebสสจ.ตรัง

๑๕ มิ.ย. ๒๕๖๙

16 มิ.ย. 2569

ดำเนินการ

(นายรัชพล สัมฤทธิ์)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง

16 มิ.ย. 2569 ๑๘ มิ.ย. ๒๕๖๙

ตารางการอบรมหัวข้อ"การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก"

วันที่ 5-7 สิงหาคม 2569

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพุธที่ 5 สิงหาคม 2569	
07.30 – 08.00น.	ลงทะเบียน
08.00 – 08.30 น.	พิธีเปิดการอบรม
08.30 – 10.30 น.	To know about Medical Equipment for nurses บรรยายโดย พว.สุเนตรา แก้ววิเชียร
10.00 - 10.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.30– 12.00 น.	หลักการใช้งานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในเด็ก และ HHHFNC บรรยายโดย พว.ณฐกร ชัยศร
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 14.30 น.	หลักการใช้งานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกและ nasal CPAP บรรยายโดย พว. วรรณี จันทร์มาศ
14.30 – 15.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.00 – 15.30 น.	หลักการทำงานและการพยาบาลผู้ป่วย on Incubator และ Photo therapy บรรยายโดย พว.อรวรรณ ขาวโสภา
15.30 – 16.00 น.	หลักการทำงานและการพยาบาลผู้ป่วยใช้ Defibrillator และ AED บรรยายโดย พว. ศิรินทิพย์ ยูซูฟี

วันพฤหัสบดีที่ 6 สิงหาคม 2569	
8.00 – 8.30 น.	ลงทะเบียน
	สาธิตการใช้งานและการดูแลรักษาเครื่องมือแพทย์ แบ่งเป็น 5 กลุ่มกลุ่มละ 60 นาที/ฐาน
8.30 -9.30 น.	Oxygen delivery devices พว. สุเนตรา แก้ววิเชียร
9.30-10.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.00-11.00 น.	เครื่องช่วยหายใจและ Non invasive Ventilator in neonate พว.วรรณี จันทร์มาศ
11.00-12.00 น.	Non invasive Ventilator in Pediatric พว.วิวรรธณี ทางเจริญ
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.00 น.	HHHFNC พว.อรวรรณ ขาวโสภา
14.00-14.30 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.30-15.30 น.	Incubator และ Photo therapy พว.ธัญญารัตน์ วารสิน

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก สำหรับพยาบาล

วันที่ 5 - 7 สิงหาคม 2569

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

****

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน (โปรดแนบสลิปธนาคาร หรือใบ Pay In มาพร้อมใบตอบรับ)

☐ Company code : 9655 ค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สองพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส (9655) เลือก โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก สำหรับพยาบาล ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

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

ชื่อ-สกุล เดิม (ถ้ามี).....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

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

ประเภทอาหาร ○ ทั่วไป ○ อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (<u>ในเวลาราชการ</u>)

ส่งหลักฐานและ
ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

<u>หมายเหตุ</u>

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ ***(กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)*** และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital.go.th
- ทางคณะผู้จัดการอบรม *<u>ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน</u>* กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้
- สถานที่จัด <u>ไม่มี</u>ที่จอดรถให้กับผู้เข้าอบรม **(ค่าบริการที่จอดรถ 50บาท/ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมต้องชำระด้วยตัวเอง)**

ชำระเงินได้ตั้งแต่วันนี้ – 21 ก.ค. 2569

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก สำหรับพยาบาล
วันที่ 5-7 สิงหาคม 2569
ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

****

กรุงไทย Company Code: 9655

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 3,800.- 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**

Company Code: 9655

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องมือแพทย์ในเด็ก สำหรับพยาบาล **สาขา**.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

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