

ที่ สธ ๐๓๒๑/๘๑๕๐



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 12114
วันที่ 18 ธ.ค. 2567
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาล-
บรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ถ่ายทอดผ่านระบบ zoom และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๑๗ - ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๘ ภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๑๘ - ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๘ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิด ส่งเสริมความผิตปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จัดอบรม ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องเข้ารับการอบรม ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (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) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

พล.ต.ท. ๒๗๓/๗๐

(ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจริญวัตร)

รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๒

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ดาวนโหลดเอกสาร

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

Email address: qsnich.training@gmail.com

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 “การพยาบาลทารกแรกเกิด” ในวันที่ 17 - 21 มีนาคม 2568
 ณ ชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา มหาราชินี

แฟ้ม 17 มี.ค. 2568	08.00- 08.30 น.		8.30 – 10.30 น.		10.45 - 12.00 น.		13.00 - 14.00 น.		14.00 - 15.00 น.		15.15 - 16.30 น.	
	ลงทะเบียน Pre -test		NCPH (ภาคบรรยาย) พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์		Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.รัชฎา อนันต์ทวีบุญญา กลุ่มที่ 2 พว. สุพิศรา ทาอ้อ กลุ่มที่ 3 พว.ปารัณณา รามทอง กลุ่มที่ 4 พว.วรรณิ์ จันทรมาศ กลุ่มที่ 5 พว.อรรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 6 พว.พุทชชาต นาคเรือง		NCPH (ภาคบรรยาย) พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์		Workshop CPR กลุ่มที่ 1 พว.รัชฎา อนันต์ทวีบุญญา กลุ่มที่ 2 พว. สุพิศรา ทาอ้อ กลุ่มที่ 3 พว.ปารัณณา รามทอง กลุ่มที่ 4 พว.วรรณิ์ จันทรมาศ กลุ่มที่ 5 พว.อรรณ ขาวโสภา กลุ่มที่ 6 พว.พุทชชาต นาคเรือง		Megacode and debriefing Postest และเฉลย พว.พุทชชาต นาคเรือง	
คาร 18 มี.ค. 2568	8.00-8.15 น		8.30 – 10.30 น.		11.00 - 12.00 น.		13.00 - 14.00 น.		14.00 - 15.00 น.		15.15 - 16.15 น.	
	แนะนำระเบียบการอบรม online ลงทะเบียน 08.15 – 08.30 น.		Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วิณา จิระนพพทย์		MAS ผศ.พญ.มिरา โครานา		Pain management in neonate พว.วรรณิ์ จันทรมาศ		PPHN ผศ.พญ.มिरา โครานา		Nursing care of PPHN พว.ไพรินพร โพธิ์สว่าง	
พุธ 19 1. 568	08.00 - 09.00 น.		09.00 - 10.00 น.		10.15 – 11.15 น.		11.15 – 12.00 น.		13.00 - 14.00 น.		14.00 - 15.00 น.	
	Hypoglycemia พญ.วิศรา ศรีสมบูรณ์		Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ อยู่ธยา		RDS and surfactant therapy พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์		Nursing care of RDS and surfactant therapy พว.วรรณิ์ จันทรมาศ		Pain management in neonate พว.วรรณิ์ จันทรมาศ		PPHN ผศ.พญ.มिरา โครานา	
พฤหัสบดี 20 ค.2568	08.00 - 10.00 น.		10.00 - 10.15 น.		10.15 – 11.15 น.		11.15 – 12.00 น.		13.00 - 14.00 น.		14.00 - 15.00 น.	
	10 Steps BF in sick neonate : The new normal พว.ศิริลักษณ์ ธารวัฒน์		Intensive care monitoring พว.วรรณิ์ จันทรมาศ		RDS and surfactant therapy พ.ญ. นณิสดา นพรัตน์		Nursing care of RDS and surfactant therapy พว.วรรณิ์ จันทรมาศ		Pain management in neonate พว.วรรณิ์ จันทรมาศ		PPHN ผศ.พญ.มिरา โครานา	
ศุกร์ 21 ค.2568	08.00 - 09.00 น.		09.00 - 10.00 น.		10.15 - 12.00 น.		13.00 - 14.00 น.		14.00 - 15.00 น.		15.15 - 16.15 น.	
	Early warning signs & Neonatal Sepsis พญ.วิศรา ศรีสมบูรณ์		Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พุทชชาต นาคเรือง		PDA นพ.เปรมศักดิ์ เหล่าอยู่คง		High Alert drug พว.อรรณ ขาวโสภา		Megacode and debriefing Postest และเฉลย พว.พุทชชาต นาคเรือง		Nursing care of PPHN พว.ไพรินพร โพธิ์สว่าง	

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลทารกแรกเกิด”

วันที่ 17 - 21 มีนาคม 2568

ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- ☐ Company code : 9655 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)
- ☐ Company code : 9994 อบรมทฤษฎี (on-site) ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
- ☐ Company code : 9617 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 9655 , 9994 หรือ 9617 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 (กรุณารอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....
.....
.....

ผู้ประสานงาน

คุณพรทิรพร ชาตะวรหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการอบรมผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่ **QR-code เอกสารประชาสัมพันธ์**
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียนทุกกรณี ที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ลงทะเบียน
เข้าร่วมอบรม



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 20 ธ.ค. 67 - 1 มี.ค. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9655

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9655

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ON-SITE) 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 20 ธ.ค. 67 - 1 มี.ค. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9994

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,000.- 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.....



Company Code: 9994

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคทฤษฎี ON-SITE)

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 20 ธ.ค. 67 – 1 มี.ค. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคฤดูร้อน (รูปแบบ ONLINE)



Company Code: 9617

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

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

จำนวนเงินที่ชำระ.....บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9617

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิดภาคฤดูร้อน ONLINE)

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

ขั้นตอนการสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ขั้นตอนที่ 1 ชำระเงินเพื่อ
ลงทะเบียนอบรม
ได้ 3 ช่องทาง

1. ชำระค่าลงทะเบียนทาง แอปพลิเคชัน Krungthai Next
2. ชำระทางตู้ ATM ของธนาคารกรุงไทยเท่านั้น
3. นำใบ “แจ้งชำระค่าลงทะเบียน” ไปชำระเงินที่เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทยได้ทุกสาขาทั่วประเทศ (มีค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท)

*** ข้อ 1 และ 2 ท่านสามารถดูวิธีการชำระเงินได้จาก QR-Code คาวนโหลดเอกสาร
ตรงหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก

ขั้นตอนที่ 2
ลงทะเบียนเพื่อยืนยัน
การสมัครเข้าอบรม

- เมื่อผู้เข้าอบรมชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว ให้ท่านลงทะเบียนตอบกลับ โดยสแกน QR-Code ลงทะเบียนตอบรับการอบรมที่อยู่ในเอกสารแนบหน้า “ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม” โดยใส่ข้อมูลส่วนตัวของท่านตามขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 3
ตรวจสอบรายชื่อ
ผู้สมัครเข้าอบรม

- ผู้เข้าอบรมที่ดำเนินการตอบกลับการอบรมเรียบร้อยแล้ว สามารถเข้าตรวจสอบรายชื่อของท่านได้หลังจาก ลงทะเบียนตอบกลับแล้ว 7 วัน ทาง QR-Code คาวนโหลดเอกสารที่อยู่หน้าหนังสือประชาสัมพันธ์หน้าแรก หัวข้อ “ตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าอบรม”

ขั้นตอนที่ 4
ต้องการรายละเอียด
เพิ่มเติม

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

ท่านสามารถดูรายละเอียดหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ประจำปี ได้ทางเว็บไซต์

www.childrenhospital.go.th