



ที่ สธ ๐๓๒๑/๗๑

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๓ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้เรื่องโรคและพยาธิสภาพที่สำคัญทางกุมารศัลยศาสตร์ มีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางศัลยกรรม ให้กับพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลศัลยกรรมเด็ก ตั้งแต่วันที่ ๒๘ - ๓๐ เมษายน ถึง ๑ - ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑ - ๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลศัลยกรรมเด็ก เข้ารับการอบรมรูปแบบ online จำนวน ๑๒๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) และรูปแบบ onsite จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง 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

พ.รศ.นพ. นพ.ไพโรจน์

(ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจนนุวัตร)

รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๒

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ดาวนโหลดเอกสาร

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

www.childrenhospital.go.th / Email address: qsnich.training@gmail.com

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี										
ว/ด/ป	08.00 - 08.30 น.	08.30-08.45 น.	08.45-09.45 น.	10.00-11.00น	11.00-12.00 น.	13.00 – 14.00 น.	14.15 – 15.15 น.	15.15-16.15 น.		
จันทร์ 28 เม.ย. 2568	ลงทะเบียน และแนะนำ ระเบียบการ อบรม online	พิธีเปิด ผู้อำนวยการ สถาบันสุขภาพเด็กฯ	Miscellaneous Pediatric Surgical Problems พญ.จารุมน อำนวยผล	Cleft lip Cleft palate and Scar Management พญ.มนลดา กาญจนธารายนตร์	Common Pediatric Urological problem นพ.อุกฤษ เกษทอง	การบาดเจ็บในเด็ก (Pediatric Injury) พญ.ชนกมล เกียรติอร่ามกุล	Pain management พญ.สุทธิรักษ์ คุรุหงษา	Pain in Pediatric พว.สุดา เลห์สันณะ		
	07.45-8.00 น.	08.00 – 09.00 น.	09.30 – 10.30 น.		10.30 – 12.00 น.	13.00 – 14.00 น.	14.15 – 15.15 น.	15.15 – 16.15 น.		
อังคาร 29 เม.ย. 2568	ลงทะเบียน	Common Problems in Pediatric Orthopedics นพ.วีระศักดิ์ ธรรมคุณานนท์	การพยาบาลเด็กโรค กระดูกหักและข้อเคลื่อน พว.ธิดารัตน์ จันทรมณี		Wound Care พว.ชาลีสา ยศสุวรรณ	Acute abdomen in childhood พญ.มนทิณี สัจจาตุระ	Surgical GI diseases I (high gut) พญ.สุรเนตร ชีวะประภานันท์	N.C of urological Surgery พว.นราภรณ์ พิสิทธิ์ การ		
	07.45-8.00 น.	08.00 – 09.00 น.	09.30 – 10.30 น.		10.30 – 12.00 น.	13.00 – 14.00 น.	14.15 – 15.15 น.	15.15 – 16.15 น.		
พุธ 30 เม.ย. 2568	ลงทะเบียน	N.C. of Long Term Central Line พว.ชาลีสา ยศสุวรรณ	Common Pediatric Neurosurgical Problems นพ.ศิริชัย ปิยะชน		N.C. of Neurological Problems พว.ปัทมา แก้วเปรม	Surgical GI diseases II (Low gut) พญ.วรรณนิสา ภูเจริญ	Problems in Neonatal Surgery พญ.อัจฉริยา ทองสิน	การพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดช่องท้อง พว. วราภรณ์ จันทพันธ์		
	08.00-8.30น.	Work shop (08.30 – 12.00 น.)				13.00 – 14.30 น.	14.45 – 16.15 น.			
พฤหัสบดี 1 พ.ค. 2568	ลงทะเบียน	1. Rectal Irrigation 2. ICD 3. ICP monitoring & EVD care กลุ่มที่ 3 พว.ปัทมา แก้วเปรม พว. เรณู สอนคำมี (09.30 – 10.00 น.) 4. PICC Line / Boviac cath care กลุ่มที่ 4 พว.สุภาพร แก้วผลา พว.จารุกุล พลกล้า (10.30 – 11.00 น.) 5. Splint and Ambulate กลุ่มที่ 5 พว.สมเลทิพย์ ชมาพิสุทธิ พว.รุ่งทิพา ปึกใจอิน (11.00 – 11.30น.) 6. Ostomy care กลุ่มที่ 6 พว. ทิพวรรณ สุวรรณพล พว.วิษุตา เครือเทศ (11.30 –12..00 น.)	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ		พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ
	08.00-8.30น.	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ				พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ
ศุกร์ 2 พ.ค. 2568	ลงทะเบียน	อภิปราย N.C. of critical Neonatal Surgery พว.วรรณิ จันทรมณี พว.นพมล ไชโยธยา	10.30 – 12.00 น.		N.C. of Most common Neonatal Surgery พว.ทิพวรรณ สุวรรณพล	Highlight N.C. of Pediatric Surgery พว.อัศรา สถาพรจนา	Q & A พิธีปิดการอบรม			
	08.00-8.30น.	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ				พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ	พญ.วราภรณ์ ศิริวรรณ

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง “ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก”

วันที่ 28-30 เมษายน ถึง 1-2 พฤษภาคม 2568

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

- ☐ Company code: 9613 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (on-site) ค่าลงทะเบียน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)
- ☐ Company code: 9611 อบรมทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (online) ค่าลงทะเบียน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

- ☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
- (Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9613 หรือ 9611 เลือก ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน(ชื่อโรงพยาบาล).....

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

อาหาร ☐ ทวีป ☐ อิสลาม ☐ อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้ลงทะเบียน ☐ หน่วยงาน (กรุณารอกข้อความด้านล่าง)

.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ขาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชมรรค์ เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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



หมายเหตุ

ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

- 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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 13 ม.ค. - 17 เม.ย. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก (รูปแบบ ONSITE)



Company Code: 9613

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 5,000.- 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: 9613

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก รูปแบบ ONSITE)

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 13 ม.ค. - 17 เม.ย. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก (รูปแบบ ONLINE)



Company Code: 9611

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน 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



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9611

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (ปัญหาทางศัลยกรรมที่พบบ่อยในเด็ก รูปแบบ 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