สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
รับเลขที่ 3330
วันที่ 26 มี.ค. 2568

ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๓๘๔

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๔ มีนาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก เรื่อง“Nursing specialty in Pediatric eye course”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาล-บรมราชชนนีทุกแห่ง /คณบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบชำระเงิน จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก เรื่อง“Nursing specialty in Pediatric eye course” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ เพิ่มความรู้ความสามารถการประเมินคัดกรอง การสังเกตความผิดปกติต่างๆ และพัฒนาทักษะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์การรักษาผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพ ระหว่างวันที่ ๙ – ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่สนใจในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม **โดยเสียค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท** (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๗๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สำหรับพยาบาลจะได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง ๓๑ หน่วยคะแนน สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล์ qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจนนุวัตร)
รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๒
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เอกสารประชาสัมพันธ์

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓
Email address: qsnich.training@gmail.com

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

ตารางการอบรม

หลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก เรื่อง"Nursing specialty in Pediatric eye course"

วันที่ 9 - 13 มิถุนายน 2568

ณ ห้องประชุมอาคารสถาบันฯ ชั้น 13

วันที่ 9 มิถุนายน 2568

เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
08.00-08.30	ลงทะเบียน	
08.30-09.00	พิธีเปิด	
09.00-11.00	บรรยายเรื่อง Normal eye growth and development	พญ.กรอบกาญจน์ วิชิตนาค
11.00-12.00	บรรยายเรื่อง การคัดกรองความผิดปกติและการประเมินระดับการมองเห็น	พว.อรุณรัตน์ มาตเลิง
12.00-13.00	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00-14.30	บรรยายเรื่อง Common eye disease part 1	พญ.ณัฐสุชา หวังถิรอำนวย
14.30-16.00	บรรยายเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการตรวจตาและการทำหัตถการที่OPDตา	พว.ธนพรรณ ครุฑทอง

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.15 น. และ 14.00-14.15 น.

วันที่ 10 มิถุนายน 2568

เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
08.00-09.00	บรรยายเรื่อง การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเด็กก่อนการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตา	นพ.ณัฐพงศ์ เลปนานนท์
9.00-10.00	บรรยายเรื่อง บทบาทพยาบาลวิสัญญีในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ผ่าตัดตา	พว.ส้มลิ้ม ขุนทองน้อย
10.00-11.00	บรรยายเรื่อง บรรยายเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด	พว.กาญจนา จี่มุข
11.00-12.00	บรรยายเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กขณะได้รับการผ่าตัด	พว.กณภัทร พร้อมมงคล
12.00-13.00	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00-15.00	บรรยายเรื่อง Common eye disease part 2	พญ.สุมาลิน ตรัยไชยาพร
15.00-16.00	บรรยายเรื่อง การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดโรคจอประสาทตาผิดปกติ	พว.ชณารัศมิ์ เรืองมงคลวิชญ์

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.15 น. และ 14.00-14.15 น.

วันที่ 11 มิถุนายน 2568

08.00-09.00	บรรยายเรื่อง How to Refer	พว.วีณา เทศวงศ์
09.00-10.30	บรรยายเรื่อง เทคนิคการตรวจตาด้วยเครื่องมือพิเศษ	คุณนิพันธ์ ยอดมณี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
10.30-12.00	บรรยายเรื่อง Basic ocular genetics for nurse	พว. ณัฐสินี ภูวศักดิ์ศุภเลิศ
12.00-13.00	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00-14.30	บรรยายเรื่อง Eye Emergency condition in Pediatric	พญ.ศุภวรรณ สุรักษ์รัตนสกุล
14.30-16.00	บรรยายเรื่อง Pediatric eye Surgery	พญ.ศุภวรรณ สุรักษ์รัตนสกุล

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.15 น. และ 14.00-14.15 น.

วันที่ 12 มิถุนายน 2568

08.00-09.00	บรรยายเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทางตา	พว.ปราณี นาเมืองรักษ์
09.00-10.00	บรรยายเรื่อง การวัดสายตาเพื่อประกอบแว่นและการใช้แว่นสายตาที่ถูกต้อง	คุณกัญกมล ศรีบัวงาม (นักทัศนมาตร)
10.00-11.00	บรรยายเรื่อง ปัญหาสุขภาพตาเด็กจากการใช้สมาร์ทโฟน	คุณศุภิสรา ศรีธรรม (นักทัศนมาตร)
11.00-12.00	บรรยายเรื่อง การพยาบาลกระตุ้นตาในเด็ก	พว.ปราณี นาเมืองรักษ์
12.00-13.00	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00-16.00	อภิปรายในหัวข้อ การช่วยเหลือคนสายตาเลือนรางในการเดินทางและทำกิจวัตรประจำวัน (Low vision)	คุณนุชนาฏ โต๊ะดี คุณสิริพร พลายแสง และ คุณณัฐวดี หอมกุหลาบ สถาบันราชสุดา คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.15 น. และ 14.00-14.15 น.

วันที่ 13 มิถุนายน 2568

08.00-12.00 แบ่งเป็น 4 กลุ่ม สลับกลุ่มเวียนให้ครบ ทั้ง4 ฐานๆละ 45 นาที	Work shop 1.การวัดระดับการมองเห็น (Visual Acuity)	พว.อรุณรัตน์ มาตเลิง
	Work shop 2. การทดสอบตาบอดสี (color test)	คุณกัญกมล ศรีบัวงาม
	Work shop 3. การทดสอบการมองสามมิติ (fly test)	พว.ปราณี นาเมืองรักษ์
	Work shop 4. ชนิดของยาหยอดตาและวิธีการใช้	พว.สายสุนีย์ เกษดำรงพันธ์ และ พว.รัชฎา โพธิ์ศรีทอง
12.00-13.00	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.00-15.45 แบ่งเป็น2กลุ่มสลับกลุ่มเวียนให้ครบ ทั้ง 2 ฐานๆละ 75 นาที	Work shop 1.การวัดสานตาด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automatic Refraction)	พว.ปราณี นาเมืองรักษ์ คุณกัญกมล ศรีบัวงาม
	Work shop 2.การวัดความดันตาด้วยเครื่องวัดแต่ละชนิด (Air puff, I-care, Tonopen)	พว.ธนพรรณ ครุฑทอง พว.ชณารัศมิ์ เรืองมงคลวิชญ์
15.45-16.00	ปิดการอบรม	

.หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.15 น. และ 14.00-14.15 น.

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

การพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก "Nursing specailty in Pediatric eye course "

วันที่ 9 - 13 มิถุนายน 2568

ณ ห้องประชุมชั้น 13 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

☐ **Company code :** 9633 ค่าลงทะเบียน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านตู้ ATM ☐ ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

(Krungthai Next เลือกเมนู จ่ายบิล / ตู้ ATM ได้ทุกธนาคาร เลือก บริการอื่น ๆ และเลือก ชำระค่าบริการ ในช่องค้นหาใส่รหัส 9633 เลือก การพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

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

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์ .....

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

ประเภทอาหาร ○ อาหารทั่วไป ○ อิสลาม

ออกใบเสร็จในนาม ○ ชื่อผู้ลงทะเบียน ○ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณเพ็ญศิริ สายสุด งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

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

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

ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 24 มีนาคม 2568 ถึง 26 พฤษภาคม 2568

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

อบรมเรื่อง การพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก "Nursing specialty in Pediatric eye course"

****

กรุงไทย Company Code: 9633

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 4,500.- 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: 9633

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน อบรมการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก เรื่อง "Nursing specialty in Pediatric eye course" สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี **สาขา**.....

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 .....