



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓
เลขที่รับ... 16๐7/๒๕๖๘
วันที่... ๖ พ.ค. 2568
เวลา... ๙.๕๑ น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๓๐๗๒

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๑ เมษายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกระบบหายใจ”

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลชุมชน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี / ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑.กำหนดการอบรม	จำนวน ๑ ชุด
	๒.ใบสมัครเข้ารับการอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน	จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดอบรม
หลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกระบบหายใจ” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)
ระบบ Zoom และการจัดอบรมที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล
ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาโรคระบบทางเดินหายใจ และพัฒนาศักยภาพการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยใน
การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ ๒๑ - ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ
๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็น
ประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาล เข้ารับการอบรม
รูปแบบ online จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) และการ
อบรมรูปแบบ on-site จำนวน ๘๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรม
มีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระ
เงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการ
ลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ
๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnichtraining@childrenhospital.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



QR-code สำหรับ
ดาวน์โหลดเอกสาร

กน
(นางสาวทัศนภา เต็งสุวรรณ)

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

วันอังคารที่ 22 กรกฎาคม 2568

07.45 - 08.00 น.	ลงทะเบียน
08.00 - 09.00 น.	Acute Respiratory failure บรรยายโดย ผศ.พิเศษ นพ.ประวิทย์ เจตนชัย
09.00 - 10.00 น.	Common Respiratory Problem in Pediatric บรรยายโดย พญ.วงศ์ตะวัน อามาตสมบัติ
10.00 - 10.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.15 - 11.15 น.	ARDS บรรยายโดย พญ.กัญทิมาศ สิทธิกุล
11.15 - 12.15 น.	Respiratory monitoring and waveform monitoring บรรยายโดย รศ.พิเศษ พญ.พนิดา ศรีสันต์
12.15 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 15.00 น.	Nursing care for Respiratory Problem in Pediatric บรรยายโดย พว.ศิริพร สังขมาลย์
15.00 - 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 - 16.15 น.	Chest physiotherapy บรรยายโดย อาจารย์ขวัญฤดาว เนาวบุตร

วันพุธที่ 23 กรกฎาคม 2568

07.45 - 08.00 น.	ลงทะเบียน
08.00 - 09.30 น.	Invasive Ventilation in Pediatric (Conventional & HFOV) บรรยายโดย นพ.เฉลิมไทย เอกศิลป์
09.30 - 10.00 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.00 - 11.00 น.	Nursing care of BPD in neonatal บรรยายโดย พว.โสภา ผดุงสิทธิโชค
11.00 - 12.00 น.	Non - invasive Ventilation in Pediatric บรรยายโดย นพ.เฉลิมไทย เอกศิลป์
12.00 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 - 15.00 น.	Oxygen Therapy : Nursing Management บรรยายโดย พว.สุนตรา แก้ววิเชียร
15.00 - 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
15.15 - 16.00 น.	Nursing care of the child with tracheostomy บรรยายโดย พว. พรรณทิภา สารธรรม

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ”
วันที่ 21 - 25 กรกฎาคม 2568

ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชาินี

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 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุค่านำหน้า)นามสกุล.....

ชื่อ-สกุลเดิม(สำหรับผู้ที่เคยเปลี่ยนชื่อสกุล)

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์

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

อาหาร ทั่วไป อิสลาม อบรม online

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

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

ผู้ประสานงาน

คุณพรพิรุฬห์ ขาตะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชาินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

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



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 21 เม.ย. - 7 ก.ค. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ (รูปแบบ ON-SITE)



Company Code: 9613

กรงไทย

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

กรงไทย

Company Code: 9613
กรงไทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ รูปแบบ ON-SITE)
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ประเภทการชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน...../ โทรศัพท์



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 21 เม.ย. - 7 ก.ค. 68

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ (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 (การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหายใจ รูปแบบ ONLINE)

สาขา.....

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ประเภทการชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน...../ โทรศัพท์