



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๓
เลขที่รับ... 1522 / 67
วันที่... 26 เม.ย. 2557
เวลา... 13.42 น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๓๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลจังหวัด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี / ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง “การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน” ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคลากรมีองค์ความรู้ด้านกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่จำเป็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ และให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและผู้ที่สนใจงานด้านฉุกเฉิน จำนวน ๑๐๐ คน ในวันที่ ๑๕ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ถ่ายทอดจากห้องประชุม ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ เข้ารับการอบรมแบบออนไลน์ โดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี โดยส่งใบตอบรับ เข้าร่วมอบรมได้ที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๗ เมื่อจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๑๐๐ คน ขอปิดรับสมัคร ดาวันโหนดเอกสารการชำระเงินและรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรมก่อนมีการจัดอบรม ๑ สัปดาห์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



QR-CODE
รายละเอียดการอบรม

ขอแสดงความนับถือ

(นายศุภวัชร บุญชิตเดช)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

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

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
เรื่อง “การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน”
วันที่ ๑๕ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗
ณ ห้องประชุม ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference)

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน > อัตราค่าลงทะเบียน ๓,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง ๑ ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next

☐ โอนผ่านตู้ ATM

☐ โอนผ่านธนาคาร

ข้อมูลผู้สมัครเข้าอบรม

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail address ID LINE:

ท่านเคยอบรมหลักสูตรนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ระบุปีที่อบรม.....

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้เข้าอบรม ☐ หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน คุณนุชรี อาบสุวรรณ หรือ คุณวไลพร เพื่องสูงเนิน กลุ่มวิชาการและถ่ายทอด ชั้น ๑๑

อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓, ๕๑๒๐ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ (ในเวลาราชการ)

หมายเหตุ ● เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือพิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายัง Email: qsnich.training@gmail.com

● ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงินเรียบร้อยแล้ว ๑ สัปดาห์
ตาม QR Code รายละเอียดการเข้าอบรม

● ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมทุกกรณี



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 26 เมษายน 2567

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)



Company Code: 9613

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียน อัตรา 3,500.- 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: 9613

วันที่.....

กรุงเทพ

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน)

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