

พศ. ๒๕๖๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
 เลขที่รับ..... ๒๑๐๗
 วันที่..... 8 มี.ย. 2566
 จังหวัดปัตตานี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 เขตราชเทวี
 กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐
 รับเลขที่.....
 วันที่..... 8 มี.ย. 2566

ที่ สธ ๐๓๒๑/๓๕๓๐

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี
 กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ"

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทุกแห่ง

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

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ทักษะการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ การดูแลรักษาการประเมินคัดกรองผู้ป่วย และการแก้ไขปัญหาสังเกตความผิดปกติต่างๆ ได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพต่อไป ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่สนใจในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรม และสำหรับพยาบาลจะได้รับคะแนน CNEU ๓๑.๕ หน่วยคะแนน โดยเสียค่าลงทะเบียน ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) จำนวน ๘๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมมีค่าใช้จ่ายไปส่วนราชการแล้วสามารถนำใบเสร็จมาหักเงินค่าลงทะเบียนได้เป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท รายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ



เอกสารประชาสัมพันธ์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

เพื่อโปรดทราบ ขอแสดงความนับถือ

เห็นควรแจ้ง.....

มอบกล่มงาน.....

ชื่อตำแหน่ง (นายวรงค์ พรหมพันธุ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

8/5/๖๖

ทราบดำเนินการ

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘

Email address: qsnich.training@gmail.com

(นายอนุรักษ์ สารภาพ)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

อนุรักษ์

ตารางการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก

เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ”

วันจันทร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง วันศุกร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ น. – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
วันจันทร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. – ๐๘.๓๐ น.	กล่าวรายงาน โดย รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	นางสาวรัชนิบูลย์ เงินวิสัย
	กล่าวเปิด โดย ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	นพ.อัครฐาน จิตนุยานนท์
๐๘.๓๐ น. – ๐๙.๐๐ น. (๓๐ นาที)	Pre-test	
๐๙.๐๐ น. – ๑๐.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “การคัดกรองและการประเมินความผิดปกติทางตา”	พว.ทรงศิริ นิลจุลกะ
๑๐.๓๐ น. – ๑๐.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๐.๔๕ น. – ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การประเมินสายตาในเด็กแต่ละวัย”	พว.ธนพรรณ ครุฑทอง
๑๒.๐๐ น. – ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. – ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “Normal eye growth and development”	พ.ศิริรินทร์ เหลืองอร่าม
๑๔.๓๐ น. – ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. – ๑๖.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “ภาวะฉุกเฉินทางตา”	พ.ศุภวรรณ สุรักษ์รัตนสกุล
วันอังคารที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. – ๑๐.๓๐ น. (๑๕๐ นาที)	บรรยาย “เทคนิคการจัดทำเด็กเพื่อตรวจตา”	พว.ปราณี นามเมืองรักษ์
๑๐.๓๐ น. – ๑๐.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๐.๔๕ น. – ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการทำหัตถการทางตา”	พว.ธนพรรณ ครุฑทอง
๑๒.๐๐ น. – ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. – ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “โรคทางจักษุที่พบบ่อยในเด็ก common eye disease part 1”	พ.ณัฐสุชา หวังถิรอำนาจ
๑๔.๓๐ น. – ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. – ๑๖.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “โรคทางจักษุที่พบบ่อยในเด็ก common eye disease part 2”	พ.สมาลิน ดริยไชยาพร
เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
วันพุธที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. – ๑๐.๓๐ น. (๑๕๐ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กขณะได้รับการผ่าตัดตา”	พว.กณภัทร พร้อมมงคล
๑๐.๓๐ น. – ๑๐.๔๕ น.	พัก	

ตารางการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก

เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางด้านจักษุ”

วันจันทร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง วันศุกร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(๑๕ นาที)		
๑๐.๔๕ น. - ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดตา”	พว.อำไพ ทิพย์อักษร
๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. - ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด โรคจอประสาทตามืดปกติ”	พว.ชนารัตน์ เรืองมงคลวิชญ์
๑๔.๓๐ น. - ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. - ๑๖.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุกเขินทางตา”	พว.อรุณรัตน์ มาตเลิง
วันพฤหัสบดีที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. - ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. - ๑๙.๔๕ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “ปัญหาสุขภาพตาเด็กจากการใช้สมาร์ทโฟน”	คุณศุภิสรา ศรีธรรม
๐๙.๔๕ น. - ๑๐.๓๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การวัดสายตาเพื่อประกอบแว่น และการใช้แว่นสายตาที่ถูกต้อง”	คุณกัญญมล ศรีบัวงาม
๑๐.๓๐ น. - ๑๐.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๐.๔๕ น. - ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาหยอด”	พว.สายสุนีย์ เกษดำรงค์พันธ์
๑๒.๐๐ น. - ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. - ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	บรรยาย “การกระตุ้นสายตาผู้ป่วยเด็ก”	พว.ปราณี นามืองรักษ์
๑๔.๓๐ น. - ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. - ๑๖.๐๐ น. (๗๕ นาที)	บรรยาย “การวัดความสามารถในการมองเห็น (Visual Acuity)”	พว.ชนารัตน์ เรืองมงคลวิชญ์

ตารางการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก

เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ”

วันจันทร์ที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง วันศุกร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐ น. – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เวลา	หัวข้อ	วิทยากร
วันศุกร์ที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖		
๐๗.๓๐ น. – ๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน	
๐๘.๐๐ น. – ๑๐.๓๐ น. (๑๕๐ นาที)	Workshop 1. “การวัดระดับการมองเห็น (Visual Acuity)”	พ.สุมาลิน ตริย์ไชยาพร พว.สายสุนีย์ เกษดำรงค์พันธ์ พว.อำไพ ทิพย์อักษร
	Workshop 2. “การทดสอบตาบอดสี (color test)”	คุณกัญญกมล ศรีบัวงาม พว.กมลภัทร พร้อมมงคล พว.อรุณรัตน์ มาตเลิง
๑๐.๓๐ น. – ๑๐.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๐.๔๕ น. – ๑๒.๐๐ น. (๗๕ นาที)	Workshop 3. “การทดสอบการมองสามมิติ (fly test)”	พว.ปราณี นาเมืองรักษ์ พว.ทัศนีย์ วงศ์เกษมศักดิ์ พว.อนงค์ สุขโช
	Workshop 4. “ชนิดของยาหยอดตาและวิธีการใช้ ”	พว.ทรงศิริ นิลจุลกะ พว.สุนิสา เทพหัสติน ณ อยุธยา พว.ธนพรรณณ ครุฑทอง
๑๒.๐๐ น. – ๑๓.๐๐ น. (๖๐ นาที)	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
๑๓.๐๐ น. – ๑๔.๓๐ น. (๙๐ นาที)	Workshop 1. “การวัดสายตาด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automatic Refraction)”	พว.ทรงศิริ นิลจุลกะ พว.ปราณี นาเมืองรักษ์ พว.อรุณรัตน์ มาตเลิง
๑๔.๓๐ น. – ๑๔.๔๕ น. (๑๕ นาที)	พัก	
๑๔.๔๕ น. – ๑๕.๕๐ น. (๖๕ นาที)	Workshop 2. “การวัดความดันตาด้วยเครื่องวัดแต่ละชนิด (Air puff, I-care, Tonopen)”	พว.รัชฎา โพธิ์ศรีทอง พว.ชนารัศมี เรืองมงคลวิชัย คุณกัญญกมล ศรีบัวงาม
๑๕.๕๐ น. – ๑๖.๐๐ น.	พิธีปิดการอบรม	

หมายเหตุ Workshop - ภาคเช้า แบ่งเป็น 4 กลุ่มสลับกลุ่มเวียนให้ครบทั้ง 4 ฐานๆละ 45 นาที (1-4)
- ภาคบ่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่มสลับกลุ่มเวียนให้ครบทั้ง 2 ฐานๆละ 1.30 ชั่วโมง

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม
หลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลจักษุวิทยาเด็ก
เรื่อง“การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ”
วันที่ 17-21 กรกฎาคม 2566

ณ ห้องประชุมสถาบันชั้น 13 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

Company code : 9616 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 9616 เลือก การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ ก่อนกดยืนยันตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง)

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ(ระบุคำนำหน้า)นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

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

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน

คุณนงรัตน์ จันทิ หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หรือ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วัน ได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital-training.com
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2566

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

อบรมเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ"



Company Code: 9616

กรุงไทย

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนภาคทฤษฎี 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



ส่วนของธนาคาร
กรุงไทย

Company Code: 9616

วันที่.....

กรุงไทย.

ค่าลงทะเบียน อบรมเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านจักษุ"

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