

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม  
เลขที่รับ..... 795  
วันที่..... 8 ก.พ. 2565  
เวลา..... 10.31.24



ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๑๐/ว ๑๒๖๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
ถนนพรหมเทพ อบ ๓๕๐๐๐

๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- ๑. หนังสือคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
ที่ อว ๗๘.๐๖/ว๐๑๒๖๙๙ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๒. หนังสือภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ที่ อว.๖๖๐๓๐๑.๖.๒.๒/๕๗ ลงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๓. หนังสือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๔๔ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฉบับ
  - ๔. หนังสือวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว๘ ลงวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอส่งสำเนาหนังสือประชาสัมพันธ์การอบรมและการศึกษาต่อ ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบ ดังนี้

- ๑. หนังสือคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
ที่ อว ๗๘.๐๖/ว๐๑๒๖๙๙ ลงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นที่ ๕๑ ประจำปี ๒๕๖๕
- ๒. หนังสือภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ที่ อว.๖๖๐๓๐๑.๖.๒.๒/๕๗ ลงวันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ เรื่อง ประชาสัมพันธ์ประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ ๒๒ หัวข้อเรื่อง "Important Issues in Neonatology"
- ๓. หนังสือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่ สธ ๐๓๒๑/๒๔๔ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๕ เรื่อง ประชาสัมพันธ์ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด"
- ๔. หนังสือวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว๘ ลงวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๕ เรื่อง ประชาสัมพันธ์ขอเชิญส่งบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๓/๒๕๖๕

เรียน ผอ.รพร.เดชอุดม

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบโดยทั่วกัน

ทราบ  เห็นชอบ

เห็นควรแจ้ง.....

ขอแสดงความนับถือ

นสพ.สุรพันธ์ ภาคทอง

① - 1/2/2565 - HRD  
สภ.บส

*(Handwritten signature)*

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล (นายสุรพันธ์ ภาคทอง)  
โทร ๐๔๔ ๒๔๒ ๒๒๕ ต่อ ๑๒๒๗ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข) สรบุรีรัตน์ ส่งวิรุฬห์  
E-mail: thanida.๑๓๑๑@gmail.com **ศูนย์บริการสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี** โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

② *(Handwritten mark)*

- 9 ก.พ. 2565

9-2-65



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
 เลขรับที่..... 1040  
 วันที่..... 19 มิ.ค. 2565  
 เวลา..... น.  
 วิชาญ วัฒนกุล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท

เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02-201-0828, 02-201-1274

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
 เลขที่..... 265  
 19 มิ.ค. 2565 เวลา.....

ที่ อว 78.06/ว.12699

วันที่ 20 ธันวาคม 2564

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นที่ 51 ประจำปี 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์/อธิการบดี/คณบดี/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/  
 หัวหน้ากลุ่มงานภาครัฐและภาคเอกชน

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้เปิดอบรมหลักสูตรต่างๆ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการมาแล้วกว่า 50 ปี และได้ออกแบบต่อยอด หลักสูตรการบริหารโรงพยาบาลให้มีความทันสมัยและครอบคลุมสภาพแวดล้อมทางธุรกิจโรงพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

ในปีงบประมาณ 2565 ทางโรงเรียนฯ ได้เปิดการอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรสาขา "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นที่ 51 ขึ้น ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม - 20 กันยายน 2565 ให้แก่ผู้บริหารโรงพยาบาล ระดับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงาน หรือบุคลากรที่มีภารกิจด้านการบริหารโรงพยาบาล โดยมี ค่าลงทะเบียนท่านละ 110,000 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นบาทถ้วน) \*ไม่รวมค่าศึกษาดูงานต่างประเทศและเลือกตาม ความสมัครใจ\* รับไม่เกิน 55 คน (เรียนวันจันทร์-พุธ หรือวันอื่นในกรณีพิเศษตามที่หลักสูตรฯ กำหนด ระหว่างเวลา 08.30-15.30 น.)

ทางโรงเรียนฯ ขอเชิญ ท่าน ส่งบุคลากรที่มีศักยภาพเข้ารับการอบรมในหลักสูตรฯ ดังกล่าวข้างต้น โดยจะ เปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม 2565 ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือกวันที่ 7 เมษายน 2565 และชำระ ค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ประกาศผลการคัดเลือก - 27 พฤษภาคม 2565 ทั้งนี้ ผู้สนใจสามารถ download เอกสาร การสมัครเข้ารับการอบรมได้ที่ [www.med.mahidol.ac.th/has/th](http://www.med.mahidol.ac.th/has/th)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสได้ร่วมพัฒนาศักยภาพผู้บริหารของท่าน

ขอแสดงความนับถือ

ทราบ  
 ดำเนินการ

๘ ๕

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอติลา ลิ้มสุวรรณ)

รองคณบดีฝ่ายโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ปฏิบัติหน้าที่แทน

(นายสุทธิพงษ์ ภาคทอง)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาร เภรณสุข).

ปฏิบัติหน้าที่แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เรียน น.น. ล.น.จ. อ.น.

- ด้าย อ.น. แพทย์ประจำ ร.ร. รามาธิบดี  
 ส.ม. น.จ. น.น.จ. อ.น.ร. น.น.จ. น.น.จ. น.น.จ.  
 " กรมบริหารโรงพยาบาล " รุ่นที่ ๕1  
 ปร. วันที่ ๒๕๖๕

- เพ็ญ น.น.จ. น.น.จ.

- เพ็ญ น.น.จ. น.น.จ.

๕ มิ.ค.

๒๑/๓.๐/๖๕

7/2/๖5

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม



ใบสมัครเข้ารับการอบรม

หลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นที่ 51 (CEO51) ประจำปี 2565

ตำแหน่งทางวิชาการ  ศาสตราจารย์  รองศาสตราจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  อาจารย์  ดร.  นายแพทย์  แพทย์หญิง  อื่นๆ.....

☆ ชื่อเล่น ..... ส่วนสูง ..... ซม.

ชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ตัวพิมพ์ใหญ่

NAME (MR./MRS./MISS)..... SURNAME.....

อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปี เกิด..... สถานภาพ  โสด  สมรส

โทรศัพท์มือถือ..... Email (ตัวบรรจง).....

ข้อมูลกรณีเดินทางไปดูงาน ณ ต่างประเทศ (โปรดกรอกข้อมูลเลขที่หนังสือเดินทาง)

เลขที่หนังสือเดินทาง..... วันที่ออก..... วันหมดอายุ.....

ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาไทย).....

ชื่อตำแหน่งทางบริหาร (ภาษาอังกฤษ).....

ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาไทย).....

ชื่อหน่วยงาน/คณะ/โรงพยาบาล/กระทรวงต้นสังกัด (ภาษาอังกฤษ).....

ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน

เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....

ที่อยู่เพื่อการจัดส่งเอกสาร   ใช้ที่อยู่ที่ทำงานปัจจุบัน (ไม่ต้องกรอกข้อมูลเพิ่มเติม)

เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ประเภทอาหาร  ไทย  อิสลาม  มังสวิรัติ มีอาหารแพ้หรือไม่รับประทาน  ไม่มี  มี (โปรดระบุ).....

ผู้ประสานงานในส่วนการเข้ารับการอบรม

โทรศัพท์มือถือ..... Email (ตัวบรรจง).....

ระดับการศึกษา	วุฒิที่ได้รับ/สาขาวิชาเอก	สถาบันการศึกษา	ปีสำเร็จการศึกษา

ชื่อ	ตำแหน่ง	ชื่อ	ตำแหน่ง

ลักษณะงานและความรับผิดชอบของผู้สมัคร

4) ท่านเคยผ่านการอบรมทางด้านการบริหารโรงพยาบาล หรือหลักสูตรอื่น มาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  เคย (โปรดระบุ)

หลักสูตร	รุ่น/ปีการศึกษา	หมายเหตุ

5) วัตถุประสงค์ของการสมัครเข้ารับการอบรมในครั้งนี้

6) แผนพัฒนาเพื่อทำงานบริหารของหน่วยงาน/องค์กร หลังจาก ผ่าน จบหลักสูตรนี้

7) ข้อตกลงของผู้สมัคร

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขอให้คำมั่นที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หลักสูตรกำหนดได้ทุกกิจกรรม และจะปฏิบัติตามให้ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับของ โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หากข้าพเจ้าไม่สามารถปฏิบัติตามดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ายินยอมให้ปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล ทุกประการ โดยไม่มีข้อเรียกร้องใดๆ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

8) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาของ.....ขอรับรองว่าข้อมูลที่ผู้สมัครให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินดีสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมตลอดระยะเวลาของหลักสูตรฯ และเงื่อนไขต่างๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ:

- กรุณากรอกใบสมัครให้ครบถ้วนและชัดเจน ส่งมาทาง Email: [supapan.sup@mahidol.ac.th](mailto:supapan.sup@mahidol.ac.th)
- สอบถามข้อมูลตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. โทร. 02-201-0828, 02-201-1274, 02-201-0800
- Website: <http://med.mahidol.ac.th/has/>
- **นำส่งใบสมัครฉบับจริง:** นางสาวสุภาพรณ สุพรรณทัศน์ (หัวหน้างานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล) โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คุณสมบัตินและหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าอบรม

หลักสูตร "การบริหารโรงพยาบาล" รุ่นที่ 51 (CEO51) ประจำปี 2565

คุณสมบัติของผู้สมัคร	1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รองผู้อำนวยการ/ผู้บริหารโรงพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงาน 2. พยาบาลวิชาชีพ/เภสัชกร/บุคลากรที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลางหรือเทียบเท่าทั้งภาครัฐและภาคเอกชน 3. ผู้บริหารในสายวิชาชีพหรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์และสาธารณสุข
วิธีการคัดเลือก	- พิจารณาจากความจำเป็นของหน่วยงาน ประโยชน์ที่หน่วยงานจะได้รับ ความพร้อมของผู้สมัคร *ผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาอบรม
เอกสารประกอบการสมัครเข้าอบรม	- หากหน่วยงานส่งผู้สมัครมากกว่า 1 คน แนบบันทึกรายชื่อผู้สมัครและเรียงลำดับตามความจำเป็นและความสำคัญ - ใบสมัครเข้ารับการอบรมที่ครบถ้วน พร้อมคำรับรองจากผู้บังคับบัญชาขององค์กร โปรดส่งทาง: - Email: <a href="mailto:supapan.sup@mahidol.ac.th">supapan.sup@mahidol.ac.th</a> - ฉบับจริง กรุณานำส่งที่: นางสาวสุภาพรณ สุพรรณทัสน์ (หัวหน้างานโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล)
การรับสมัคร	ตั้งแต่บัดนี้ ถึง วันที่ 21 มีนาคม 2565
ประกาศผลผู้ผ่านการคัดเลือก	วันที่ 7 เมษายน 2565 ผ่านช่องทาง <a href="http://www.med.mahidol.ac.th/has/th">www.med.mahidol.ac.th/has/th</a> หรือ หนังสือแจ้งผลการคัดเลือกทาง Email
การชำระเงินค่าลงทะเบียน	ตั้งแต่วันที่ประกาศผลการคัดเลือก ถึง 27 พฤษภาคม 2565 *ผู้สมัครภายนอกคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการชำระเงินได้ที่ <a href="http://med.mahidol.ac.th/has/th">http://med.mahidol.ac.th/has/th</a> *ผู้สมัครภายในคณะฯ สามารถ download แบบฟอร์มการตัดโอนค่าลงทะเบียนได้ที่เว็บไซต์ฝ่ายบริหารทุนมนุษย์ *กรณีผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกและชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเรียกเงินคืนได้ทุกกรณี
วันเปิดการอบรม	วันจันทร์ที่ 30 พฤษภาคม 2565 เวลา 08.30-15.30 น. ณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี [โปรดแต่งกายสุภาพชุดสูทหรือสูทสถาบัน เพื่อถ่ายภาพหมู่ และภาพเดี่ยวเพื่อจัดทำทำเนียบรุ่น]
การศึกษาดูงานต่างประเทศ	ทางโรงเรียนฯ จะแจ้งให้ทราบในภายหลัง สำหรับค่าใช้จ่าย ผู้เข้าอบรมเป็นผู้รับผิดชอบ หรือเบิกงบประมาณจากต้นสังกัด (เลือกตามความสมัครใจ และไม่บังคับชั่วโมงเรียน) *อาจเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ ประกาศฯ มาตรการ ณ เวลานั้น

หมายเหตุ เนื่องจากคณะฯ มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่จอดรถ ท่านสามารถนำรถมาจอดได้ที่ ลานจอดรถซอยสวนเงิน/รถประจำทางสาธารณะ/BTS และขอภัยในความไม่สะดวกมา ณ โอกาสนี้



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมทันตกรรมและโรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่ 270 ถนนพระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02-201-0828, 02-201-1274, 02-201-0800 โทรสาร 02-354-7296 Website: [www.med.mahidol.ac.th/has/th](http://www.med.mahidol.ac.th/has/th)

## เกี่ยวกับหลักสูตร

หลักสูตร การบริหารโรงพยาบาล (Hospital Management for Chief Executive Officer: CEO) เป็นหลักสูตร เพื่อพัฒนาผู้บริหารโรงพยาบาลให้มีความรอบรู้ เป็นผู้นำภาวะผู้นำ สามารถบริหารงานในองค์การที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนวิเคราะห์ปัญหา และการตัดสินใจที่ดำเนินงานได้อย่างเชื่อมโยง ภายใต้ระบบกองกลางการบริหารการดำเนินงาน เพื่อผลลัพธ์ขององค์กร ผู้การเป็นองค์การที่สนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงของสังคมได้

## เนื้อหาสำหรับ

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/รองผู้อำนวยการ/ผู้บริหารโรงพยาบาล/หัวหน้ากลุ่มงาน
2. พยาบาลวิชาชีพ/เภสัชกร/บุคลากร ที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับกลางหรือเทียบเท่า ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
3. ผู้บริหารในสาขาอาชีพหรือวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ผล-สาธารณสุข และกำลังจะก้าวสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์



## การรับรองหลักสูตร

หลักสูตรประกาศนียบัตรสาขา การบริหารโรงพยาบาล (สำหรับผู้บริหารระดับกลาง) ได้ผ่านการรับรองหลักสูตรจาก มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ 0517.013/01233 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2554 ว่าเป็นหลักสูตรเทียบเท่าหลักสูตร "โครงการพัฒนาบัณฑิตบริหาร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี" (MU-EDP)"



## วิทยากร

ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีประสบการณ์ความรู้ที่ทันสมัยจากแวดวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้านการบริหารโรงพยาบาล ภาษาอังกฤษ ช่วยเสริมสร้างมุมมองในเชิงการปฏิบัติที่ประสบการณ์จริงจากผู้บริหารที่ประสบความสำเร็จด้านการบริหารที่โรงพยาบาล รวมถึงวิทยากรจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

## S-Bเวลาการสอน

วันที่ 30 พฤษภาคม - 20 กันยายน 2565 รวมทั้งสิ้น 44 วัน

- ภาคนิพนธ์และศึกษาผลงานในประเภท วิทยานิพนธ์ วิทยานิพนธ์ วิชา 08.30-15.30 น. (วันละ 6 ชั่วโมง)
- ศึกษาผลงาน ณ ต่างประเทศ ช่วงเดือนกันยายน 2565 (ในจำนวนจำนวนเงินเตรียมและเลือกตามความสมัครใจ)

การรับสมัคร

ตั้งแต่บัดนี้ - 21 มี.ค. 65

ประกาศรายชื่อ

7 มี.ย. 65

ประกาศผลสอบ

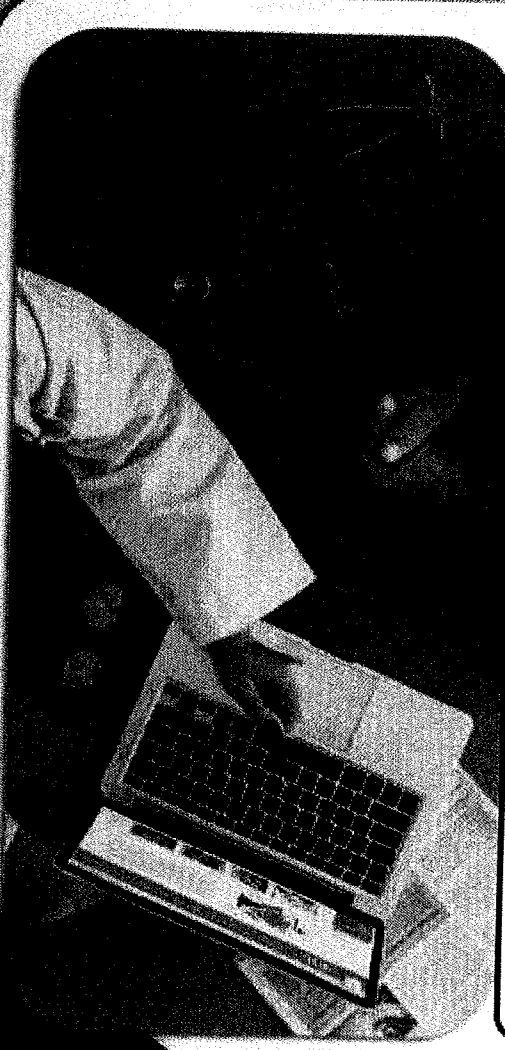
7 มี.ย. - 27 พ.ค. 65

ค่าลงทะเบียน

ชำระ: 110,000 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

## เอกสารรับสมัคร

1. ใบสมัครรับการอบรมที่กรณด้วย พร้อมคำรับรองจากผู้ที่สนับสนุนวิทยาทององค์กร พร้อมติดรูปถ่าย พื้นขาว ขนาด 1 นิ้ว
2. หากหน่วยงานส่งผู้สมัครมากกว่า 1 คน ให้แนบบัตรรายชื่อผู้สมัครและเรียงลำดับตามความจำเป็น และความสำคัญ และ/หรือแบบแผนพัฒนาบุคลากร (Successor Plan)



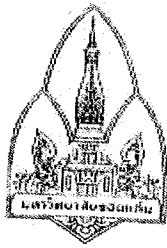
Remote Education Center



School of Hospital Management



02-201-0828  
02-201-1274



สถานงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
 เลขรับที่ 162๗  
 วันที่ 27 มี.ค. 2565  
 เวลา ๑๖.๐๐ น.  
 ณ ห้องประชุม

ที่ อว.660301.6.2.2/ ๓๗

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
 คณะแพทยศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
 อ.เมือง จ.ขอนแก่น ๔๐๐๐๒

11 ธันวาคม 2564

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
 เลขที่ 431  
 วันที่ 27 มี.ค. 2565

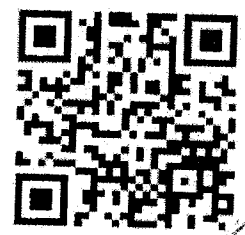
เรื่อง ขออนุมัติให้บุคลากรเข้าร่วมประชุมโดยไม่มีถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนได้  
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการ รพ.สต./หัวหน้าฝ่าย  
 หัวหน้ากลุ่มงาน/ผู้ตรวจการพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22

ด้วยภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย จะจัดประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22 หัวข้อเรื่อง "Important Issues in Neonatology" ในระหว่างวันที่ 17-18 มีนาคม 2565 ณ โรงแรมเจริญธานี จังหวัดขอนแก่น ตามรายละเอียดกำหนดการที่ส่งมาพร้อมนี้ ซึ่งคาดว่าจะมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 100-150 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานดูแลทารกแรกเกิดมีความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีการวินิจฉัย การดูแลรักษาและป้องกันปัญหาต่างๆที่สำคัญและพบบ่อยในทารกแรกเกิดทางภาควิชากุมารเวชศาสตร์และงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ รวมทั้งชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดประชุมวิชาการดังกล่าวจะอำนวยประโยชน์ในการเพิ่มพูนความรู้ทางด้านการศึกษาทารกแรกเกิดเป็นอย่างมาก

ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์และขออนุมัติให้บุคลากรในสังกัดของท่านที่ได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้วเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่มีถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆได้ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการขออนุมัติเดินทางไปราชการ และจัดประชุมวิชาการ พ.ศ.2549 และหนังสือที่ กค 0409.6/ว.95 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2549 โดยมีอัตราค่าลงทะเบียนก่อนวันที่ 11 มีนาคม 2565 สำหรับสมาชิกชมรมทารกแรกเกิด ราคา 1,500 บาท ไม่ใช่สมาชิกชมรมทารกแรกเกิด ราคา 1,800 บาท อัตราค่าลงทะเบียนหลังวันที่ 11 มีนาคม 2565 ราคา 2,000 บาท สามารถลงทะเบียนการประชุมวิชาการตามลิงค์ <https://1o0.in/009dc8> หรือสอบถามได้ที่ธุรการภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โทรศัพท์ 043-363012, 0850101765 หรือดูรายละเอียดได้ที่ Facebook ภาควิชากุมารเวช-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จักเป็นพระคุณยิ่ง



ทราบ  
 ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ผกาพรรณ เกียรติชูสกุล)

ประธานจัดการประชุม

(นายสุทธิพงษ์ ภาคทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข)  
 ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

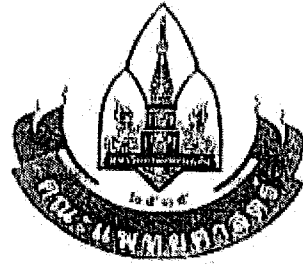
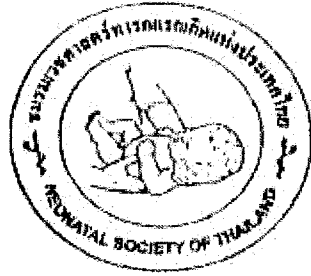
ชน พ.ส.จ.อ.ม.  
 - ฝ่าย ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
 คณ.แพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น  
 ประจ. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์  
 เรื่อง "Important Issues in Neonatology"  
 - เลขที่ ๑๖๖  
 - ไม่เป็นอธิบดี

วันที่ 28 มี.ค. 65

P. ๕

7/2/65

โทร/โทรสาร 043-363012



ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย  
ร่วมกับภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
เชิญร่วมประชุมวิชาการส่วนภูมิภาค ครั้งที่ 22  
เรื่อง

“Important Issues in Neonatology”

วันที่ 17-18 มีนาคม 2565

ณ โรงแรมเจริญธานี จ.ขอนแก่น



การประชุมวิชาการผ่านภูมิภาค ครั้งที่ 22  
 ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย  
 ร่วมกับภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์  
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
 เรื่อง "Important Issues in Neonatology"  
 ณ โรงแรมเจริญธานี อ.ขอนแก่น

17 มีนาคม 2565

08.00 - 08.30 น.	ลงทะเบียน	
08.30 - 08.45 น.	พิธีเปิด	
08.45 - 09.15 น.	Year review	รศ.นพ.สราวุธ สุภาพรรณชาติ
09.15 - 10.15 น.	Stabilization for preterm infants from delivery room to NICU	ผศ.พญ.อัญชลี ถิ่นรังสีกุล
10.15 - 10.45 น.	อาหารว่าง	
10.45 - 11.45 น.	Strategies in conventional mechanical ventilation	รศ.พญ.รัชฎา กิจสมมารอด
11.45 - 12.15 น.	Luncheon symposium	
12.15- 13.00 น.	อาหารกลางวัน	
13.00 - 13.30 น.	Special lecture	
13.30 - 14.15 น.	Nursing care during mechanical ventilation	พว.พัชรี วงเทเวช
14.15 - 15.00 น.	How to approach anemic babies	อ.นพ.พงศธร เผ่าพงศ์สุวรรณค์
15.00 - 15.30 น.	อาหารว่าง	
15.30 - 16.30 น.	Developmentally supportive care and pain management in neonates	ศ.ดร.วิภา จีระแพทย์

18 มีนาคม 2565

08.30- 10.00 น.	Neonatal Thermal Management	ศ.นพ.เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์
10.00 - 10.45 น.	Parenteral nutrition for sick neonates	ผศ.พญ.จรรยา จีระประดิษฐา
10.45- 11.15 น.	อาหารว่าง	
11.15- 11.45 น.	Special lecture	รศ.พญ.ศภาพรรณ เกียรติชูสกุล
11.45- 12.15 น.	Luncheon symposium:	
12.15- 13.15 น.	อาหารกลางวัน	
13.15-14.15 น.	Practical points in enteral nutrition	ผศ.นพ.สันติ ปุณณะหิตานนท์
14.15-15.15 น.	Abdominal emergencies	
15.15-15.30 น.	อาหารว่างและปิดประชุม	

## สมัครลงทะเบียน Online โดยวิธีการ Scan QRcode

ผู้เข้าร่วมประชุมต้องแสดงหลักฐาน การได้รับวัคซีนป้องกัน Covid-19 ครบ รวมทั้งปฏิบัติตามมาตรการ

D-M-H-T-T-A

### การลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมวิชาการ วันที่ 17-18 มีนาคม 2565

ชำระค่าลงทะเบียนก่อนวันที่ 11 มีนาคม 2565

- |   |                        |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> สมาชิกชมรมทารกแรกเกิดฯ เลขที่..... | ค่าลงทะเบียน 1,500 บาท |
| <input type="checkbox"/> ไม่ใช่สมาชิกชมรมทารกแรกเกิด        | ค่าลงทะเบียน 1,800 บาท |
| <input type="checkbox"/> สมัครสมาชิกตลอดชีพชมรมทารกแรกเกิดฯ | ราคา 1,000 บาท         |

ชำระค่าลงทะเบียนหลังวันที่ 11 มีนาคม 2565

- |                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> ค่าลงทะเบียน | 2,000 บาท |
|---------------------------------------|-----------|

### ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน

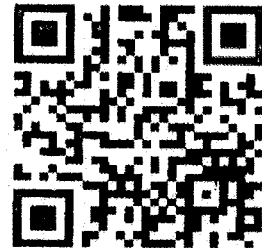
ชำระค่าลงทะเบียนโดย

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> เงินสด  |
| <input type="checkbox"/> โอนเงิน เข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น |

เลขที่บัญชี 631-0-13342-3

ชื่อบัญชี หน่วยทารกแรกเกิด

กรุณาส่งสำเนาใบฝากมาพร้อมกับใบสมัครทางแฟกซ์ที่หมายเลข 043-348-382



สำหรับเลขานุการ ได้รับวันที่.....

ใบเสร็จเลขที่.....

หมายเลขทะเบียน.....

### การจองห้องพักโรงแรม

กรุณาติดต่อจองห้องพักโรงแรมเจริญธานี จ.ขอนแก่น ด้วยตนเองได้ที่ คุณจารุวรรณ สุดชา (จำ)

โทรศัพท์ 0945186868 หรือ 043-220-400 ต่อฝ่ายสำรองห้องพัก โทรสาร 043-223932

ห้องเดี่ยว (รวมอาหารเช้า) 1,200 บาท/คืน

ห้องคู่ (รวมอาหารเช้า) 1,300 บาท/คืน

ติดต่อสอบถามและส่งใบสมัครพร้อมค่าลงทะเบียนมาที่

คุณรัศมี งามเจริญ โทรศัพท์ 089-8477871 E-mail: [rassng@kku.ac.th](mailto:rassng@kku.ac.th)

คุณกมลรัตน์ ภิรมย์ไกรภักดิ์ โทรศัพท์ 087-8645479 E-mail: [k\\_piromkaipak@hotmail.com](mailto:k_piromkaipak@hotmail.com)

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์

คุณวิไลรัตน์ เถาว์ลัยดี โทรศัพท์ 085-0101765 E-mail : [wilairut@kku.ac.th](mailto:wilairut@kku.ac.th)

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทรศัพท์/โทรสาร 043-348382, 043-363012

### การยกเลิกการลงทะเบียน

ผู้ยกเลิกการลงทะเบียนจะต้องส่งหนังสือขอยกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษร  
โดยจะได้รับค่าลงทะเบียนคืนเพียงครั้งเดียวภายหลังจากเสร็จสิ้นการประชุม

หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องจากการประชุมวิชาการ 17-18 มีนาคม 2565

ผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นแพทย์จะได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง หน่วย  
ผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็นพยาบาลอยู่ในระหว่างดำเนินการขอหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
 เลขรับที่ 1628  
 วันที่ 27 มี.ค. 2565  
 เวลา 10:00 น.  
 313 อาคารบริหารแพทย์

ที่ สธ ๐๓๒๑/ ๒๒๒

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
 ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
 กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๗ มกราคม ๒๕๖๕

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
 เลขที่ 437  
 วันที่ 27 มี.ค. 2565

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด"  
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป /โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลจังหวัด /นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  
 สิ่งที่มาด้วย ๑.ใบสมัครเข้ารับการอบรม ๒.กำหนดการอบรม ๓.แบบฟอร์มการชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด" ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โปรแกรม webex ตั้งแต่วันที่ ๘-๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้การพยาบาลทารกแรกเกิด สังเกตความผิดปกติและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถ้ายทอด ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี ๑-๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิด/สูติกรรม เข้ารับการอบรมรูปแบบ online ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๐๐๐ บาท (สามพันบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอดโทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๕๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ อีเมล qsnich.training@gmail.com ในวันและเวลาราชการ เมื่อจำนวนผู้เข้าอบรมครบ ๒๐๐ คน ขอปิดรับสมัคร ทั้งนี้ทางผู้จัดจะส่ง Link การเข้าประชุมผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) ไปยัง E-mail ของผู้ตอบรับเข้าร่วมอบรม หลักสูตรนี้อยู่ระหว่างดำเนินการขอ CNEU

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

*Yool*

ทราบ (นางสาวนัยนา ณิศะนันท์)  
 ดำเนินการ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม  
 ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(นายสุทธิพงษ์ ภาคทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข)  
 ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
 กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด



แบบตอบรับ  
 เข้าร่วมอบรม

ใบแจ้งการชำระ  
 ค่าลงทะเบียน

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ โทรสาร ๐ ๒๓๕๔ ๘๐๘๘

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

เรียน ผ.ม.ว.จ.อ.ม.  
 - ส่วน สภ.สน.อุบลราชธานีแห่งที่ ๑  
 ขอเชิญบุคลากร เข้าร่วมอบรมเรื่อง  
 "การพยาบาลทารกแรกเกิด"  
 - เลื่อนขันธ์  
 - โทร. ๑๖๖๖๖๖

๒๕ มี.ค. ๖๕

Y/2/65

ภารกิจด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิทราราชบุรี  
 "การพยาบาลทารกแรกเกิด" ในวันที่ 8 - 11 มีนาคม 2565

ณ ห้องประชุมสยามบรมราชกุมารี 1-2 อาคารสยามบรมราชกุมารี ชั้น 7 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดิทราราชบุรี

อังคาร 8 มี.ค. 2565	แนะนำระบบการ ถาม online	8:30 - 9:30 น.	10:00 - 12:00 น.	13:00 - 14:00 น.	14:00 - 15:00 น.	15:15 - 16:15 น.
	ลงทะเบียน 08:15 - 08:30 น. พิธีเปิดโดยผู้อำนวยการ สถาบันฯ	NEC นพ.สมมนตร์ จินตกุล	Trends in neonatal nursing ศ.ดร.วันา จิระแพทย์	Update on Birth Asphyxia พญ.จินตกานต์ เกษมศรี ณ ออยุธยา	Neonatal Screening นศ.พิเศษนพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล	High Alert drug พว.อรรณ ช่างเฝ้า
พุธ 9 มี.ค. 2565	08:00 - 09:30 น.	Intensive care monitoring พว.วรรณิ์ จันทรมาศ	BPD นพ.ศุภวัชร บุญกษิตเดช	BPD นพ.ศุภวัชร บุญกษิตเดช	14:15 - 16:00 น. Nursing care of BPD พว.บุษบา กาญจนพัฒน์	
	Care of Newborn of Covid-19 Mather นพ.สมมนตร์ จินตกุล พว.อรรณ ช่างเฝ้า			PDA นพ.ประศักดิ์ เหล่าอยู่คง	14:15 - 15:15 น. Hyperbilirubinemia นพ.สมมนตร์ จินตกุล	15:15 - 16:15 น. การพยาบาลทารกที่มีภาวะ hyperbilirubinemia พว.ศุภศิริ อ้อยทอง
พฤหัสบดี 10 มี.ค. 2565	08:00 - 09:00 น.	09:00 - 10:00 น.	10:30 - 12:00 น.	13:00 - 14:30 น.	14:45 - 15:45 น.	15:45 - 16:00 น.
	RDS and surfactant therapy นศ.พญ.นิตรา ไครานา	Early warning signs & Neonatal Sepsis นพ.ศุภวัชร บุญกษิตเดช	Nursing care of Neonatal Sepsis พว.พุทธชาติ นาคเรือง			
ศุกร์ 11 มี.ค. 2565	08:00 - 09:30 น.	10:00 - 11:00 น.	11:00 - 12:00 น.	10 Steps BF in sick neonate : The new normal พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ	14:45 - 15:45 น.	15:45 - 16:00 น.
	MAS and PPHN นศ.พญ.นิตรา ไครานา	Nursing care of LBW พว.โสภา หงส์สิทธิ์โชค	Pain management in neonate พว.วรรณิ์ จันทรมาศ	10 Steps BF in sick neonate : The new normal พว.ศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ	Developmental care in neonate พว.จิม สฤตเม	ปิด

13 มี.ค. 65

หมายเหตุ วันจันทร์ที่ 7 มีนาคม 2565 ทดสอบระบบ เวลา 10.00 - 11.30น.

การบรรยาย Update NCPR โดย นายแพทย์ประมศักดิ์ เหล่าอยู่คง สำหรับผู้สมัครอบรมในหลักสูตร (ไม่มีค่าใช้จ่าย) เวลา 13.00 - 15.00น.

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม (Online)  
เรื่อง "การพยาบาลทารกแรกเกิด"ผ่านระบบการประชุมทางไกล (Teleconference) โปรแกรม WebEx  
วันที่ วันที่ 8-11 มีนาคม 2565  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

อัตราค่าลงทะเบียน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง1ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next

โอนผ่านตู้ ATM

โอนผ่านธนาคาร

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

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

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail address.....ID LINE.....

ออกใบเสร็จในนาม  ชื่อผู้ลงทะเบียน  หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

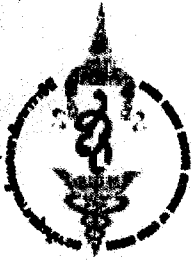
ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณพรพิรุฬห์ ชาดะวราหะ กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด  
ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-874-4674 (ในเวลาราชการ)



ใบตอบรับ  
เข้าร่วมอบรม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนด้วยบรรจง หรือ พิมพ์  
ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด)และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร 02 354 8088
- ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วันได้ที่เว็บไซต์  
www.childrenhospital-training.com
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 21 มกราคม 2565

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
การพยาบาลทารกแรกเกิด (รูปแบบ ONLINE)



Company Code: 9655

ชื่อ / นามสกุล ผู้ชำระเงิน

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

**ค่าลงทะเบียน**

ค่าลงทะเบียนภาคฤดูร้อน อัตรา 3,000.- บาท/ท่าน

**การชำระเงิน**

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 10 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ .....

บาท

จำนวนที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

กรุงไทย

วันที่ .....



Company Code: 9655

สาขา .....

กรุงไทย

ค่าลงทะเบียน โครงการ (การพยาบาลทารกแรกเกิด)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้ชำระเงิน

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

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 .....

# ขั้นตอนการชำระเงินผ่านตู้ ATM



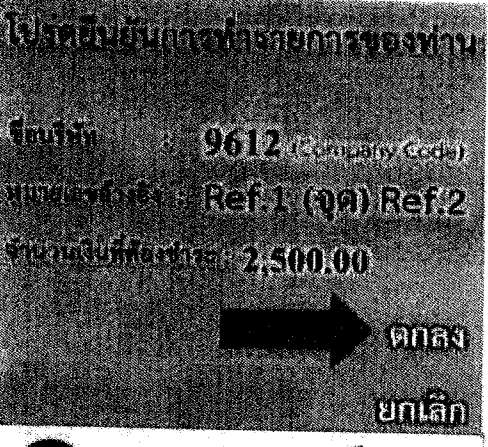
โปรดใส่บัตรของท่าน / PLEASE INSERT YOUR CARD

โปรดระวังสิ่งแปลกปลอมที่อาจติดอยู่ที่ตู้  
BE AWARE OF STRANGE WHILE INTERACTING

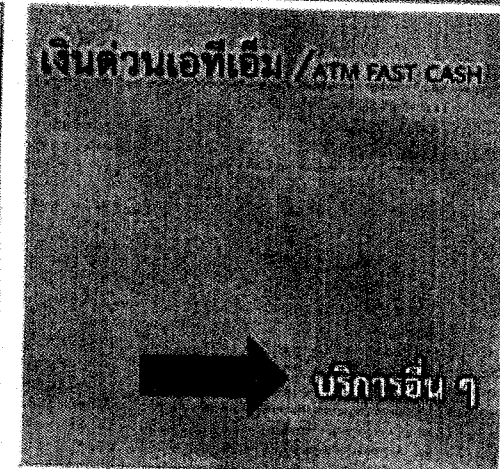
**1** ใส่บัตร  
ใส่รหัสบัตร ATM



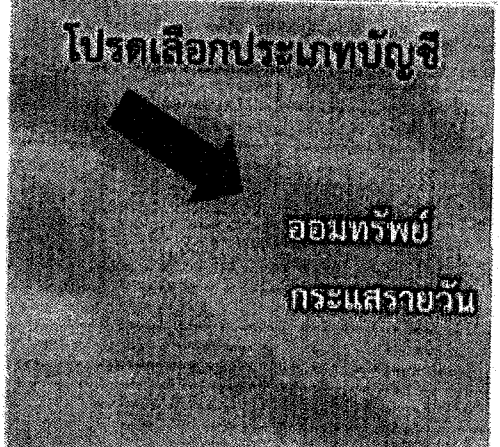
**4** เลือก  
ระบุรหัสบริษัท



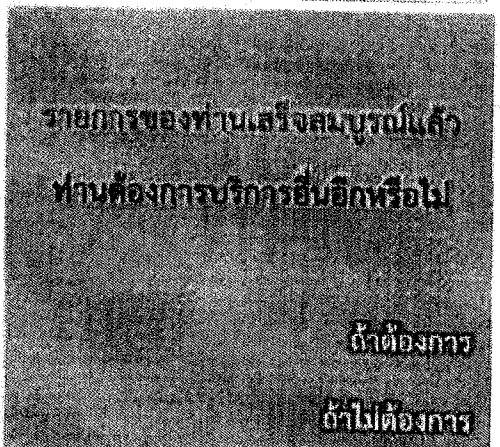
**7** ตรวจสอบรายละเอียด  
การเงินให้ถูกต้อง แล้วเลือก  
ตอบ "ตกลง"



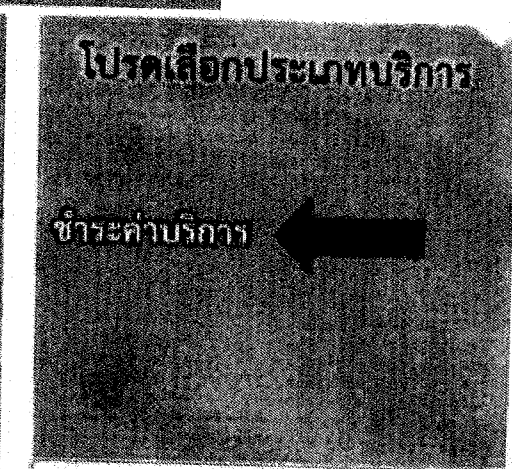
**2** เลือก  
บริการอื่นๆ



**5** เลือก  
ประเภทบัญชีของท่าน



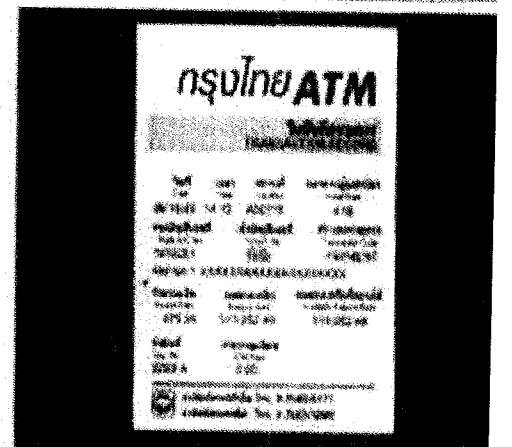
**8** เสร็จสิ้นในคู่มือรายการ



**3** เลือก  
ชำระค่าบริการ



**6** ระบุรหัสบริษัท หมายเลขอ้างอิง  
(Ref. 1 & 2) โดยใส่ลงในกรงว่าง  
สองค่า ระบุจำนวนเงิน แล้วเลือก  
"ถูกต้อง"



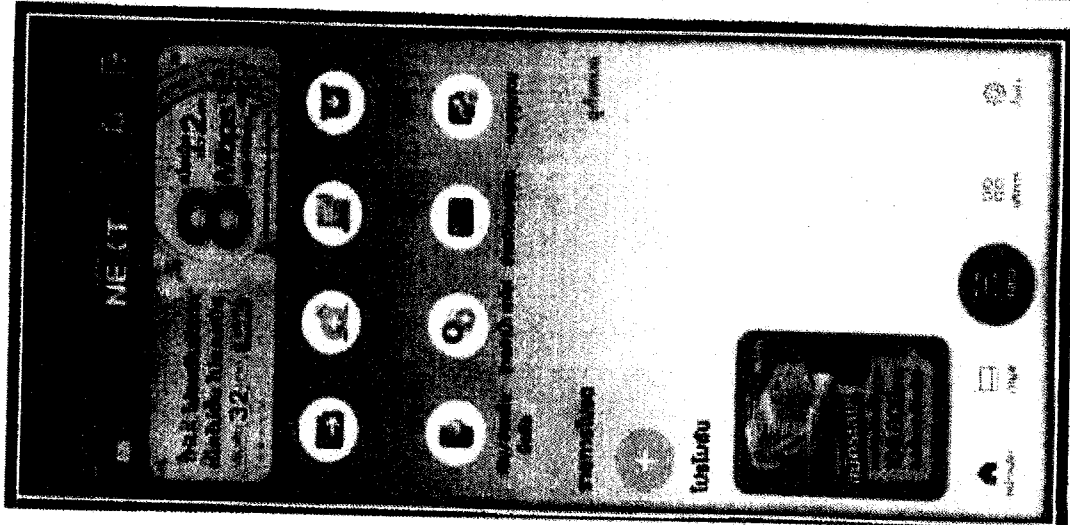
**9** ท่านจะได้รับ Slip ATM  
เป็นหลักฐานอ้างอิง

\*\*\*หมายเหตุ\*\*\*

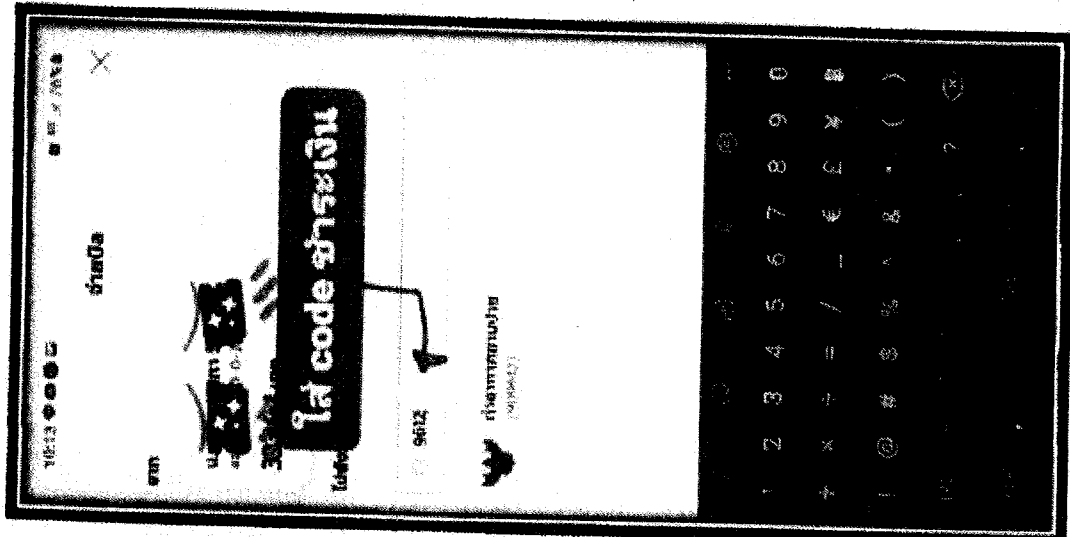
- รหัสบริษัทสามารถดูได้จากใบแจ้งชำระเงินค่าลงทะเบียน ตรง Company Code
- Ref.1 คือ หมายเลขบัตรประชาชนของผู้เข้าอบรม
- Ref.2 คือ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้เข้าอบรม



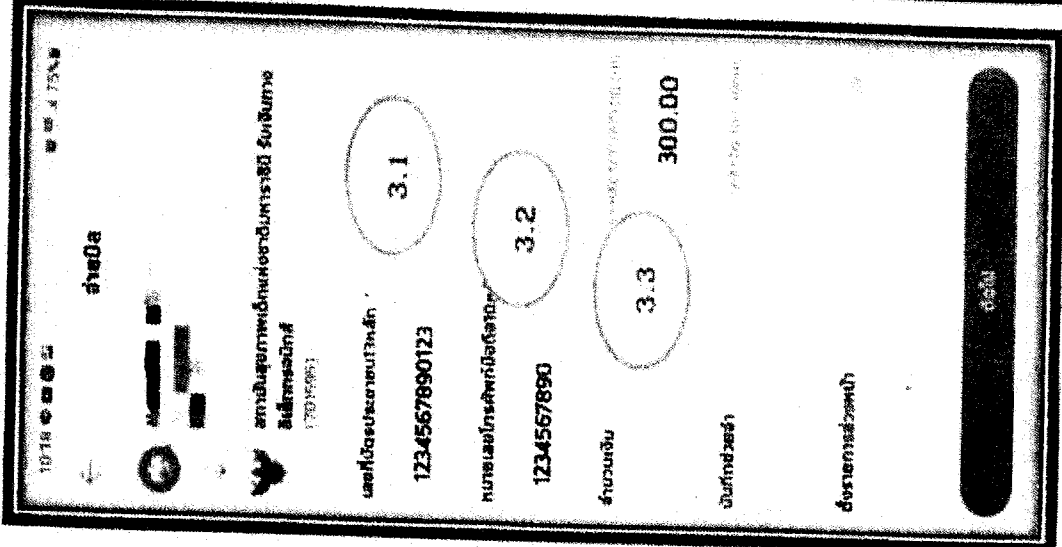
# ขั้นตอนการชำระเงินทาง Kungthai Next



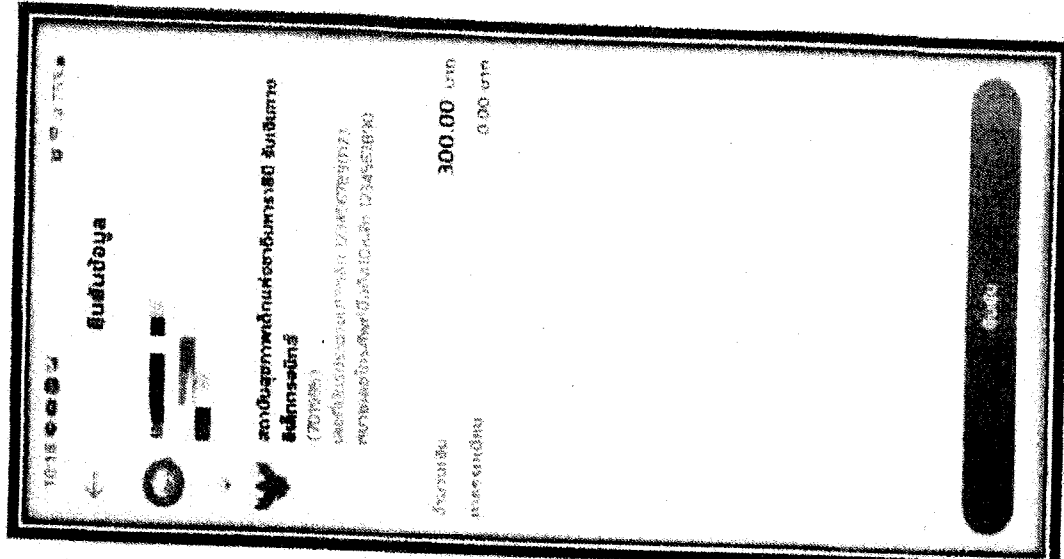
1. เลือกเมนู "ชำระเงิน"



2. ใส่เลข Code ชำระเงิน  
ของธนาคาร  
(ดู Company Code ของธนาคารเงิน)



3. ใส่นายาเลขอ้างอิง  
3.1 เลขบัตรประชาชน  
3.2 หมายเลขพื้นที่ 10 หลัก  
3.3 ใส่อันดับพื้นที่ เลขมือถือ  
ตามจำนวนเงิน



4. ตรวจสอบความถูกต้อง และกดยืนยัน



ที่ สธ ๑๑๐๓.๒๘/ว๘

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สถาบันพระบรมราชชนก

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

๕ มกราคม ๒๕๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี  
 เลขรับที่ 892  
 วันที่ 18 ม.ค. 2565  
 เวลา ..... น.  
 ใน  
 จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
 เลขที่ 241  
 วันที่ 18 ม.ค. 2565

เรื่อง ขอเชิญส่งบุคลากรสมัครเข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๓/๒๕๖๕

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล/คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์/นายกเทศมนตรี/สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จัดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๓ อบรมระหว่างวันที่ ๒๕ เมษายน - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ ภาคทฤษฎี ณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ภาคปฏิบัติ ณ โรงพยาบาลในจังหวัด และโรงพยาบาลต่างจังหวัด ค่าลงทะเบียนจำนวน ๓๕,๐๐๐ บาท (สามหมื่นห้าพันบาทถ้วน) โดยหลักสูตรนี้ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล และได้รับหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) ๕๐ หน่วยคะแนน และผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ สามารถเบิกค่าลงทะเบียน ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ ค่าที่พัก ได้ตามระเบียบของทางราชการ กระทรวงการคลัง และเข้ารับการอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา ทั้งนี้ต้องได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอความอนุเคราะห์จากท่านประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานผู้สนใจสมัครเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรดังกล่าว สามารถสมัครได้โดยตรงส่งใบสมัคร ถึงอาจารย์วีวรรณ แก้วอยู่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สำเนาใบสมัครและดูรายละเอียดได้จาก website ของวิทยาลัย [www.pckpb.ac.th](http://www.pckpb.ac.th) หรือสมัครโดยสแกนจากคิวอาร์โค้ดด้านล่างนี้ ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบและขอได้โปรดดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ศศิฑอณ ๑๒ กุมภาพันธ์  
(นางอติญาณ์ ศรีเกษตริน)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ทราบ  
ดำเนินการ

(นายสุทธิพงษ์ ภาคทอง)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริหารสาธารณสุข) ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ไปรษณีย์ นพ. สสจ.อุบ.  
- อ.ชัย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า  
จังหวัดเพชรบุรี ป.ธ.๙, ขอเชิญ  
ส่งใบสมัคร สมัครเข้าร่วมอบรม  
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขา  
เวชปฏิบัติทั่วไป (การรรักษาโรคเบื้องต้น)  
รุ่นที่ 23/๒๕๖๕



สแกนสมัครเข้าอบรม

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

โทรศัพท์ ๐ ๓๒๔๒ ๓๐๔๔ ต่อห้อง ๑๑๒

โทรสาร ๐ ๓๒๔๐ ๐๕๗๓

ผู้ประสานงาน/อ.วีวรรณ แก้วอยู่ (๐๘๕-๒๕๔๔๐๘๕)

ศศิฑอณ  
๑๒ ม.ค. ๒๕๖๕  
Per ๒๒  
๗/๒/๒๕

- 1 दिन 1 वर पत्र  
- 1 वर 1 दिन 1 वर



หนังสือรับรองประสบการณ์การทำงานจากผู้บังคับบัญชา  
ของผู้สมัครการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
หน่วยงาน.....  
ขอรับรองว่านาง/นางสาว/นาย.....  
 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาล จำนวน ..... ปี  
ตั้งแต่วันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ.....  
เป็นระยะเวลา..... ปี..... เดือน และยื่นติดอนุมัติให้นาง/นางสาว/นาย.....  
..... เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป  
(การรักษาโรคเบื้องต้น) ตามเงื่อนไขต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ในหลักสูตร ระหว่างวันที่ ..... เดือน.....  
พ.ศ..... ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่...../...../.....

หมายเหตุ - ผู้รับรองต้องเป็นผู้บังคับบัญชาโดยตรงของผู้สมัคร  
กรณี ร.พ. ชุมชน / ร.พ.ทั่วไป / วิทยาลัยพยาบาล คือ ผู้อำนวยการ  
กรณีศูนย์สุขภาพชุมชน / รพ.สต. คือ สาธารณสุขอำเภอ

**รายละเอียดการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ ๒๓/๒๕๖๕**

ระยะเวลาดำเนินการ จัดอบรม ๑๘ สัปดาห์ ๑๘ หน่วยกิต (ตั้งแต่วันที่ ๒๕ เม.ย.- ๒๖ ส.ค. ๖๕) ดังนี้

**ภาคทฤษฎี** ๑๒ หน่วยกิต ใช้เวลา ๗ สัปดาห์ ระยะเวลาเรียน ไม่ต่ำกว่า ๑๘๐ ชั่วโมง  
- สัปดาห์ที่ ๑ - ๗ เรียน วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๐๐ น.  
วันที่ ๒๕ เมษายน - ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

**ภาคปฏิบัติ** ๖ หน่วยกิต ใช้เวลา ๑๐ สัปดาห์ ระยะเวลาฝึก ไม่ต่ำกว่า ๓๖๐ ชั่วโมง

**๑. วิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเร่งด่วน**

ช่วงเวลาการฝึก	วิชา/กิจกรรม	จำนวนชั่วโมง
สัปดาห์ที่ ๘-๑๓ รวม ๖ สัปดาห์	วิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเร่งด่วน ๔ (๐-๑๖-๐) วันที่ ๑๓ มิถุนายน - ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๕	๒๔๐ ชั่วโมง

๑. ฝึกปฏิบัติในเวลา วันจันทร์-ศุกร์ (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.) วันละ ๗ ชั่วโมง ๕ วัน/สัปดาห์ รวม ๖ สัปดาห์ = ๒๑๐ ชม.  
๒. ฝึกปฏิบัตินอกเวลา วันจันทร์-ศุกร์ (๑๘.๐๐-๒๐.๐๐น.) วันละ ๒ ชั่วโมง ๓ วัน/สัปดาห์ รวม ๖ สัปดาห์ = ๓๖ ชม.  
รวมเวลาการฝึกปฏิบัติทั้งหมด = ๒๔๖ ชม.

**๒. วิชาปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน**

ช่วงเวลาการฝึก	วิชา/กิจกรรม	จำนวนชั่วโมง
สัปดาห์ที่ ๑๔- ๑๗ รวม ๔ สัปดาห์	วิชาปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ๒ (๐-๘-๐) วันที่ ๒๕ กรกฎาคม - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕	๑๒๐ ชั่วโมง

๑. ฝึกปฏิบัติในเวลา วันจันทร์-ศุกร์ (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.) วันละ ๗ ชั่วโมง ๕ วัน/สัปดาห์ รวม ๔ สัปดาห์ = ๑๔๐ ชม.

**สัปดาห์สัมมนา ๒๒-๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕**

ช่วงเวลาการฝึก	วิชา/กิจกรรม	จำนวนชั่วโมง
สัปดาห์ที่ ๑๘	สัปดาห์สัมมนา (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.) วันละ ๗ ชั่วโมง รวม ๕ วัน	๒๘ ชั่วโมง

๑. สัมมนาวิชา ปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเร่งด่วน วันจันทร์-อังคาร (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.)  
วันละ ๗ ชั่วโมง ๒ วัน/สัปดาห์ รวม = ๑๔ ชม. (วันที่ ๒๓ - ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๕)  
๒. สัมมนาวิชา ปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน วันพุธ-พฤหัสบดี (๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.)  
วันละ ๗ ชั่วโมง ๒ วัน/สัปดาห์ รวม = ๑๔ ชม. (วันที่ ๒๔ - ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๕)  
๓. วันศุกร์ที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๐๐ น. - ๑๖.๐๐ น.

ประเมินผลหลักสูตร และพิธีรับใบประกาศนียบัตร และปิดการอบรม

**สถานที่**

**ภาคทฤษฎี/ทดลอง** ห้องเรียน ๓๓๐๕ และห้องฝึกปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**ภาคปฏิบัติ** โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดใกล้เคียง ที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ให้เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)