11/13/03

ฝ่ายพัฒนาบุคลากรฯ
571
11 มี.ค. 56

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๒๖๔๕
วันที่ ๑๑ มี.ค. ๒๕๕๖
เวลา ๑๕.๓๐

ที่ สธ ๐๔๐๕.๒๔/ ๑๒๑

สถาบันบำราศนราดูร
๑๒๖ ม.๔ ถนนติวานนท์ อ.เมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์ พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการอบรม / กำหนดการอบรม ๑ ชุด

แบบตอบรับเข้าอบรม ๑ ชุด

ด้วยสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค ร่วมกับชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย จะจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่อง "การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์ พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์" ซึ่งได้มีการดำเนินงานต่อเนื่องปีนี้เป็นปีที่ ๗ โดยจัดอบรม ระหว่างวันที่ ๒๒ เมษายน – ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรม อมารี แอร์พอร์ท ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

สถาบันบำราศนราดูร ได้พิจารณาเห็นว่าหลักสูตรดังกล่าวข้างต้นจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ทันสมัยแก่หน่วยงานของท่าน จึงใคร่ขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมอบรมโดยแบ่งการอบรมเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มแพทย์ ระยะการอบรม ๓ วัน (ระหว่างวันที่ ๒๙ เมษายน - ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖)
  ค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๕๐๐ บาท รับจำนวน ๓๐ คน
- กลุ่มเทคนิคการแพทย์ ระยะการอบรม ๕ วัน (ระหว่างวันที่ ๒๙ เมษายน – ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖)
  ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท รับจำนวน ๕๐ คน
- กลุ่มพยาบาล ระยะการอบรม ๑๐ วัน (๒๒ เมษายน – ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖)
  ค่าลงทะเบียนคนละ ๗,๐๐๐ บาท รับจำนวน ๑๐๐ คน

โดยการอบรมครั้งนี้ เน้นหลักสูตรพื้นฐานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปเป็นหลัก ผู้เข้ารับการอบรมควรเป็นทีมที่ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้นๆและสามารถกลับไปดำเนินการต่อเนื่องได้ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อโรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา โดยสมัครลงทะเบียนออนไลน์ผ่านทาง www.bamras.org หรือกรอกใบสมัครเข้าร่วมอบรมส่งไปที่ ศูนย์ฝึกอบรม โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๔๗๕ ได้ตั้งแต่ วันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ถึง ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในสังกัดหน่วยงานของท่านทราบและอนุญาตให้เข้าร่วมอบรม ตาม วัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.สสจ.
① เพื่อโปรดพิจารณา
② เห็นสมควรมอบคุณกิตินันต์ ประชาสัมพันธ์
11 มี.ค. 56

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(นางสาวจริยา แสงสัจจา)
ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

ศูนย์ฝึกอบรม
โทร.๐ ๒๕๙๐ ๓๖๔๕
โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๔๗๕

แบบตอบรับเข้าร่วมฝึกอบรม (ห้องพยาบาล)
เรื่อง "การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ครั้งที่ ๗"
จัดระหว่างวันที่ ๒๒ เมษายน - ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖
ณ โรงแรม อมารี แอร์พอร์ท ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ (เลข ๑๐ หลัก).....
สังกัด.....โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
เบอร์โทรสาร.....E-mail .....

๒. ลงทะเบียนตั้งแต่บัดนี้ถึง ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖ ค่าลงทะเบียนคนละ ๗,๐๐๐ บาท ชำระค่าลงทะเบียน โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชีกระแสรายวัน สาขาติวานนท์ ๓ ชื่อบัญชี "การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ สำหรับแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์"หมายเลขบัญชี **๑๓๐-๖-๐๓๙๑๗-๗**/และขอความกรุณาส่งโทรสารแจ้งการ ลงทะเบียนไปที่ศูนย์ฝึกอบรม หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๕๙ ๐๓๔๗๕ กรณีลงทะเบียน On line กรุณาชำระค่าลงทะเบียนตามระบบ On line

๓. การจองห้องพักกรุณาติดต่อโรงแรมโดยตรง ตามแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก ที่แนบมาพร้อมนี้

๔. อาหาร

☐ อาหารอิสลาม ☐ อาหารมังสวิรัติ ☐ ตามที่ผู้จัดจัดให้

๕. ได้รับการรับรองหลักสูตรจากสภาพยาบาล

กรุณาส่งตอบแบบตอบรับการเข้าร่วมฝึกอบรมภายในวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖ (ถ้าจำนวนผู้เข้าอบรมครบจะปิดก่อนกำหนด) รับจำนวนจำกัด โดยส่งไปที่ ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร ถ. ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๖๔๕, โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๔๗๕ E-Mail: TCTrainingcenter@gmail.com หรือสมัครเข้ารับการอบรมได้ที่ www.bamras.org

แบบตอบรับเข้าร่วมฝึกอบรม (ห้องเทคนิคการแพทย์)

เรื่อง "การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ครั้งที่ ๗"

จัดระหว่างวันที่ ๒๙ เมษายน - ๓ พฤษภาคม ๒๕๕๖

ณ โรงแรม อมารี แอร์พอร์ท ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....เลขที่ใบอนุญาต ท.น.....
สังกัด.....โรงพยาบาล.....จังหวัด.....
เบอร์โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....
เบอร์โทรสาร.....E-mail .....

๒. ลงทะเบียนตั้งแต่บัดนี้ถึง ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖ ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท ชำระค่าลงทะเบียน โอนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชีกระแสรายวัน สาขาติวานนท์ ๓ ชื่อบัญชี "การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ สำหรับแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์" หมายเลขบัญชี **๑๓๐-๖-๐๓๙๑๗-๗**/และขอความกรุณาส่งโทรสารแจ้งการ ลงทะเบียนไปที่ศูนย์ฝึกอบรม หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๕๙ ๐๓๔๗๕ กรณีลงทะเบียน On line กรุณาชำระค่าลงทะเบียนตามระบบ On line

๓. การจองห้องพักกรุณาติดต่อโรงแรมโดยตรง ตามแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก ที่แนบมาพร้อมนี้

๔.อาหาร

☐ อาหารอิสลาม ☐ อาหารมังสวิรัติ ☐ ตามที่ผู้จัดจัดให้

กรุณาส่งตอบแบบตอบรับการเข้าร่วมฝึกอบรมภายในวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖ (ถ้าจำนวนผู้เข้าอบรมครบจะปิดก่อนกำหนด) รับจำนวนจำกัด โดยส่งไปที่ ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร ถ. ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๖๔๕, โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๔๗๕ E-Mail : TCTrainingcenter@gmail.com หรือสมัครเข้ารับการอบรมได้ที่ www.bamras.org

แบบตอบรับเข้าร่วมฝึกอบรม (ห้องแพทย์)

เรื่อง "การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ ครั้งที่ ๗"

จัดระหว่างวันที่ ๒๙ เมษายน - ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๖

ณ โรงแรม อมารี แอร์พอร์ท ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร

๑. ชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เลขที่ใบอนุญาต.....

สังกัด.....โรงพยาบาล.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์(ที่ทำงาน).....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

เบ่อร์โทรสาร.....E-mail .....

๒. ลงทะเบียนตั้งแต่บัดนี้ถึง ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖ ค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๕๐๐ บาท ชำระค่าลงทะเบียน โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย ประเภทบัญชีกระแสรายวัน สาขาติวานนท์ ๓ ชื่อบัญชี "การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ สำหรับแพทย์ พยาบาล เทคนิคการแพทย์" หมายเลขบัญชี ๑๓๐-๖-๐๓๙๑๗-๗ และขอความกรุณาส่งโทรสารแจ้งการ ลงทะเบียนไปที่ศูนย์ฝึกอบรม หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๕๙ ๐๓๔๗๕ กรณีลงทะเบียน On line กรุณาชำระค่าลงทะเบียนตามระบบ On line

๓. การจองห้องพักกรุณาติดต่อโรงแรมโดยตรง ตามแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก ที่แนบมาพร้อมนี้

๔. อาหาร

☐ อาหารอิสลาม ☐ อาหารมังสวิรัติ ☐ ตามที่ผู้จัดจัดให้

กรุณาส่งตอบแบบตอบรับการเข้าร่วมฝึกอบรมภายในวันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๕๖ (ถ้าจำนวนผู้เข้าอบรมครบจะปิดก่อนกำหนด) รับจำนวนจำกัด โดยส่งไปที่ ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร ถ. ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒ ๕๙๐ ๓๖๔๕, โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๔๗๕ E-Mail: TCTrainingcenter@gmail.com หรือสมัครเข้ารับการอบรมได้ที่ www.bamras.org

Amari Don Muang Airport Bangkok
333 Chert Wudthakas Road
Bangkok 10210 Thailand
T +66 (0) 2566 1020
F +66 (0) 2566 1941
E donmuang@amari.com
www.amari.com

Amari
DON MUANG AIRPORT • BANGKOK

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

สถาบันบำราศนราดูร

โครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล สำหรับแพทย์ พยาบาลและนักเทคนิคการแพทย์

ประชุมวันที่ 22 เมษายน – 3 พฤษภาคม 2556

☺ ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,200.-บาทสุทธิ รวมอาหารเช้า (สำหรับ 1 ท่าน)
☺ ห้องพักคู่ ราคา 1,400.-บาทสุทธิ รวมอาหารเช้า (สำหรับ 2 ท่าน)

เงื่อนไขการชำระเงิน

- ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างเข้าพักเรียกเก็บกับผู้เข้าพักโดยตรง
- เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาโอนเงินค่าห้องพักเฉพาะคืนแรกให้ทางโรงแรมฯ พร้อม ส่งโทรสาร แบบฟอร์มการโอนเงินมาที่โทรสาร 02-928-1500
  ภายในวันที่ 2 เมษายน 2556 โดยมีรายละเอียดการโอนเงิน ดังนี้
  ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาลำลูกกา
  ชื่อบัญชี บริษัท ดอนเมืองอินเตอร์เนชั่นแนลแอร์พอร์ตโฮเต็ล จำกัด
  บัญชีกระแสรายวัน **เลขที่บัญชี 311-3-00567-0**

โปรดติดต่อสำรองห้องพักโดยตรงที่โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพฯ โดยส่งโทรสาร ถึง **คุณสุทธิรัตน์ ดาราเย็น หมายเลข **โทรสาร 02-928 1500 / 086 3069662** (ไม่รับจองทางโทรศัพท์)

หมายเหตุ

- โรงแรมขอสงวนสิทธิในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใด ๆ
- กรณีที่ผู้เข้าพักต้องการยกเลิกการใช้ห้องพักผู้เข้าพักต้องส่งโทรสารเพื่อ ยืนยันการยกเลิกห้องพัก 1 อาทิตย์ ล่วงหน้าด้วยตนเอง มิฉะนั้นทางโรงแรมฯ จำเป็นต้องขอเก็บเงินจากท่านหรือหน่วยงาน ตันสังกัดตามจำนวน ที่จองไว้กับทางโรงแรม
- **ปิดรับการจองห้องพักภายในวันที่ 2 เมษายน 2556**

รายละเอียดผู้เข้าพัก

ชื่อผู้เข้าพัก 1 .....
2 .....
3 .....

ขอจองห้องพัก เข้าพักในวันที่..... เวลาเข้าพัก 14.00 น.
ออกในวันที่..... เวลาที่ออก 12.00 น.

☺ ห้องเดี่ยว จำนวน..... ห้อง รวม..... คืน
☺ ห้องคู่ จำนวน..... . ห้อง รวม..... คืน

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด)

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

โทรศัพท์มือถือ ..... โทรสาร .....

หมายเหตุ กรุณาเขียนตัวบรรจงและให้รายละเอียดในการเข้าพักให้ชัดเจน

หมายเหตุ ทางโรงแรมจะทำการสำรองห้องพักให้เฉพาะผู้ที่ทำการโอนค่าห้องพักคืนแรกมาเท่านั้น