13/03/03

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๒๔๗๑
วันที่ - ๘ มี.ค. ๒๕๕๖
เวลา ๑๔.๓๐

ที่ สธ ๐๔๐๕.๒๔/ ๗๒๐

สถาบันบำราศนราดูร
๑๒๖ ม.๔ ถนนติวานนท์ อ.เมือง
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

กลุ่มพัฒนาวิชาการฯ
รับเลขที่ 524
วันที่ 11 / มี.ค. / 56
เวลา ๑๐

๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖

เรื่อง เชิญเข้าร่วมสัมมนาการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ครั้งที่ ๑๐
เรื่อง "Infection Control in The Era of Healthcare Quality Improvement"

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย

โครงการสัมมนาฯ	๑	ชุด
กำหนดการสัมมนาฯ	๑	ชุด
แบบตอบรับเข้าร่วมสัมมนา	๑	ชุด
แบบจองห้องพัก	๑	ชุด

ด้วยสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค ร่วมกับชมรมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ร่วมจัดทำโครงการสัมมนาการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ครั้งที่ ๑๐ เรื่อง "Infection Control in The Era of Healthcare Quality Improvement" ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๖ เวลา ๐๘.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีช โฮเต็ลแอนด์ รีสอร์ท พัทยา จังหวัดชลบุรี รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้สถาบันบำราศนราดูร ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดสัมมนาฯดังกล่าวจะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรและหน่วยงานของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนเชิญ แพทย์ พยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อ นักวิชาการเภสัชกรและนักเทคนิคการแพทย์ เข้าร่วมสัมมนาโครงการฯดังกล่าว โดยมีค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท (ค่าลงทะเบียนนี้ รวมเอกสารการประกอบการสัมมนาฯ อาหารกลางวัน - เย็น และอาหารว่าง) สำหรับค่าที่พัก ค่าเดินทางและค่าเบี้ยเลี้ยง ให้เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง โดยสมัครลงทะเบียนออนไลน์ผ่านทาง www.bamras.org หรือกรอกใบสมัครเข้าร่วมสัมมนาส่งไปที่ ศูนย์ฝึกอบรม โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๔๗๕ ได้ตั้งแต่ วันที่ ๑ มีนาคม – ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา หากเห็นควรโปรดประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานสังกัดของท่านทราบและอนุญาตให้เข้าร่วมอบรม ตาม วัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้นด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.สสจ.
① เพื่อโปรดพิจารณา
② เห็นสมควรมอบคุณกิตินันต์ ประชาสัมพันธ์.
ทัศ. ๑๓ มี.ค. ๕๖

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจริยา แสงสัจจา)
ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

รอง
๑๓ มี.ค. ๕๖

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ศูนย์ฝึกอบรม
โทร ๐ ๒๕๙๐ ๓๖๔๕
โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๔๗๕

แบบตอบรับเข้าร่วมสัมมนาการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ครั้งที่ ๑๐
เรื่อง "Infection Control in The Era of Healthcare Quality Improvement"
ระหว่างวันที่ ๑๕ – ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๕๖
ณ โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีช โฮเต็ลแอนด์ รีสอร์ท พัทยา จังหวัดชลบุรี

<u>กรุณากรอกข้อมูลทั้งหมดให้ครบถ้วนชัดเจน</u>

๑. ชื่อ (นาย/นางสาว/นาง).....นามสกุล .....ตำแหน่ง.....
กรณีที่เป็นพยาบาล กรุณากรอกเลขที่ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป (เลข๑๐ หลัก) .....
นักเทคนิคการแพทย์ (เลข น.ท.).....โรงพยาบาล/สถาบัน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (หน่วยงาน).....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail .....

๒. ลงทะเบียนตั้งแต่บัดนี้ถึง ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖ ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๕๐๐ บาท ชำระค่าลงทะเบียน โอนเข้าบัญชีกระแสรายวัน ธนาคารกรุงไทย สาขาติวานนท์ ๓ ชื่อบัญชี "การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ครั้งที่ ๑๐" หมายเลขบัญชี ๑๓๐-๖-๐๓๙๑๖-๙ และกรุณาส่งโทรสารแจ้งการลงทะเบียนมาที่ ศูนย์ฝึกอบรม หมายเลขโทรสาร ๐ ๒๕๙ ๐๓๔๗๕

๓. ท่านที่มีผลงานนำเสนอ <u>ต้องลงทะเบียนสมัครและส่งผลงานที่ http://icthai.org/</u> ตั้งแต่บัดนี้ ถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๕๖ คณะกรรมการจะตัดสินผลงานท่านและจะแจ้งกลับให้ท่านทราบทาง E-mail ที่ท่านได้แจ้งไว้ ภายในวันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๕๖ สำหรับผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอแบบ Poster Presentation กำหนดให้มีขนาด กว้าง ๙๐ เซนติเมตร และ ยาว ๑๒๐ เซนติเมตร

๔. ราคาห้องพัก ห้อง Superior ห้องเดี่ยว ราคา ๑,๔๐๐ บาท ห้องคู่ ราคา ๑,๕๐๐ บาท/ห้อง/คืน รวมอาหารเช้า เตียงเสริม ราคา ๗๐๐ บาท/ห้อง/คืน รวมอาหารเช้าโดยผู้เข้าพักจะต้องชำระเงินค่าห้องพักเต็มจำนวนทุกคืน **ภายในวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๖** กรุณาศึกษาการจองห้องพักในเอกสารการจองของโรงแรมที่แนบมาพร้อมกันนี้ค่ะ

๕. รับประทานอาหาร
☐ อิสลาม ☐ มังสะวิรัติ ☐ ตามที่ผู้จัดจัดให้

๖. กรณีที่ท่านไม่ได้สมัครทาง On line ที่ Web site <u>www.bamras.org</u> ขอความกรุณาส่ง Fax และแบบตอบรับการเข้าร่วมสัมมนา เอกสารสำเนาใบโอนเงินค่าลงทะเบียน (ใบโอนเงินกรุณาเขียนชื่อ – นามสกุล ผู้เข้าอบรม ให้ชัดเจนก่อนส่ง Fax หรือ สแกนส่งทาง E-mail) ที่ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร ถ. ติวานนท์ ต. ตลาดขวัญ อ.เมือง จ. นนทบุรี ๑๑๐๐๐ สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.bamras.org สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ศูนย์ฝึกอบรม สถาบันบำราศนราดูร หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๖๔๕, โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๓๔๗๕ E-mail: <u>TC.Trainingcenter@gmail.com</u> กรณีลงทะเบียน On line กรุณาชำระค่าลงทะเบียนตามระบบ On line

JOMTIEN PALM BEACH
HOTEL&RESORT

แบบฟอร์มการจองห้องพัก

สถาบันบำราศนราดูร

โครงการสัมมนา การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ครั้งที่ 10

เรื่อง "Infection Control in The Era of Healthcare Quality Improvement"

ระหว่างวันที่ 15-19 กรกฎาคม 2556

ณ โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี

โทร. 038-231-350-67 โทรสาร. 038-231-368-9 ติดต่อคุณวุฒิชัย หรือคุณมัณฑนา แผนกจองห้องพัก

ชื่อหน่วยงาน .....

ชื่อ-สกุล .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์.....มือถือ ..... โทรสาร.....

มีความประสงค์ขอจองห้องพัก ดังนี้

☐ ห้องพักเดี่ยว ราคา **1,400.-** บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า จำนวน ..... ห้อง

เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... จำนวน ..... คืน

ชื่อผู้เข้าพัก .....

☐ ห้องพักคู่ ราคา **1,500.-** บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า จำนวน ..... ห้อง

เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... จำนวน ..... คืน

ชื่อผู้เข้าพัก .....

กรุณาระบุชื่อคู่พักของท่าน.....

***กรณีที่ประสงค์ให้โรงแรมจัดหาคู่ให้ กรุณาทำเครื่องหมายในช่องสี่เหลี่ยม ☐ ต้องการให้โรงแรมจับคู่ให้

☐ เตียงเสริม ราคา **700.-** บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า จำนวน ..... ห้อง

เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... จำนวน ..... คืน

ชื่อผู้เข้าพัก .....

- ปิดรับจองห้องพัก และชำระเงินค่าห้องพักล่วงหน้าเต็มจำนวนทุกคืน ภายในวันศุกร์ที่ 14 มิถุนายน 2556 ***
- ผู้เข้าพักจะต้องชำระเงินค่าห้องพักเต็มจำนวนทุกคืน โดย โอนเงินเข้าบัญชี บริษัท เกียรติผล จำกัด (มหาชน) เลขที่ **003-3-06658-8** บัญชีกระแสรายวัน ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาบางลำพู และส่งแฟกซ์สำเนาการโอนเงินค่าห้องพัก พร้อมแบบฟอร์มการจองห้องพัก มาที่โทรสารหมายเลข **038-231-368-9** ถึงคุณวุฒิชัย หรือคุณมัณฑนา แผนกจองห้องพัก และกรุณาโทรเช็คด้วยว่าโรงแรมได้รับเอกสารหรือไม่
- โรงแรมจะรับจองห้องพักก็ต่อเมื่อ ได้รับแบบฟอร์มการจองห้องพัก พร้อมกับสำเนาใบโอนเงินค่าห้องพัก เท่านั้น
- กรณีที่โอนเงินค่าห้องพักแล้ว หากยกเลิกการจองห้องพักหรือไม่เข้าพักตามที่จองไว้ ทางโรงแรมขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าห้องพัก
- กรุณาแจ้งชื่อ และที่อยู่ในการออกใบเสร็จในวันที่เข้าพัก และรับใบเสร็จพร้อม **Folio** ในวันเช็คเอ้าท์

BANGKOK HEAD OFFICE
25/1 SUKHUMVIT RD., (SOI 5) BANGKOK 10110, THAILAND.
TEL : (662) 02-2541864-8 FAX : (662) 02-2541869
E-mail : sales@jomtienhotel.com

PATTAYA
408 MOO 12, JOMTIEN BEACH RD., PATTAYA CITY, CHONBURI, THAILAND
TEL : (66 38) 231350-67 FAX : (66 38) 231368-9
Website : www.jomtien-palmbeach.com