



ที่ ศธ 0519.17 / 595

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่..... ๖๓๕๖
- ๖ ม.ย. ๒๕๕๗
วันที่..... ๑๕.๓๐
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ต่าบลองครักษ์ อำเภอลองครักษ์
จังหวัดนครนายก 26120

28 พฤษภาคม 2557

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและดูแลชุมชนบริการ
รับเลขที่..... 751
วันที่..... 9 / 5 / 57
เวลา..... 4.30

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมประชุมฟื้นฟูวิชาการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผ่นพับโครงการพร้อมใบสมัคร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จะจัดให้มีโครงการประชุมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง การแปลผลทางห้องปฏิบัติการและการใช้ยาสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 6-8 สิงหาคม พ.ศ.2557 ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ท จังหวัดปทุมธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องการแปลผลทางห้องปฏิบัติการและการใช้ยาในการรักษาพยาบาลขั้นต้น ให้สามารถปฏิบัติภารกิจในการบริการสุขภาพ ตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการจัดประชุมครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมจะได้หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ (CNEU) จำนวนประมาณ 18 หน่วย ซึ่งสามารถสะสมเพื่อดำเนินการต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาลได้

คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอเชิญท่านและบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมประชุมฟื้นฟูวิชาการ ในหัวข้อเรื่องดังกล่าว โดยส่งใบสมัครทางโทรสารที่หมายเลข 0-3739-5108 หรือ 0-2649-5000 ต่อ 21823 หรือ nurse@swu.ac.th พร้อมชำระค่าลงทะเบียน จำนวน 3,600 บาท (สามพันหกร้อยบาทถ้วน) โดยสามารถสมัครด้วยตนเอง ได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หรือชำระเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารไทยพาณิชย์ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร.0-2649-5000 ต่อ 21800, 21821 หรือ 089-922-2549 (กรุณาสมัครและชำระค่าลงทะเบียน ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2557)

ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุญาตให้จัดประชุมฟื้นฟูวิชาการ โดยผู้เข้าร่วมประชุมที่เป็น ข้าราชการหรือพนักงานที่ได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชามีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมประชุม ได้ตามระเบียบของทางราชการต้นสังกัด และสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์และอนุมัติให้บุคลากร พยาบาล ที่ ปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมประชุมฟื้นฟูวิชาการดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ศศิธร วรรณพงษ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน..WAW.....
ดำเนินการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มศว

โทร. 0-2649-5000 ต่อ 21800, 21821 หรือ 089-922-2549

โทรสาร 0-2649-5000 ต่อ 21823 และ 0-3739-5108

DMC
(นางฉีกษณา ศิงขชาติ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านบริการทางวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- ๖ ศ.ย. ๒๕๕๗
- มอบคุณปริศนา
ปร.ท.ส.ม.พ.น.อ.
9/5/57



ใบสมัครเข้าร่วมการประชุมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง การแปลผลทางห้องปฏิบัติและการใช้ยาสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
วันที่ 6-8 สิงหาคม พ.ศ.2557
ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ท จังหวัดปทุมธานี

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เลขที่บัตรประชาชน
ตำแหน่งสถานที่ทำงาน
สถานที่ติดต่อ.....
.....รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....
โทรศัพท์(มือถือ)... โทรสาร..... e-mail

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สมัครเข้าร่วมการประชุมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง การแปลผลทางห้องปฏิบัติและการใช้ยาสำหรับพยาบาล
เวชปฏิบัติ

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ชำระค่าลงทะเบียน จำนวน 3,600 บาท (ค่าลงทะเบียนไม่รวมค่าที่พัก อาหารเช้า อาหารเย็นและ
ค่าเดินทาง) โดยวิธี

- เงินสด (สมัครด้วยตนเองที่คณะพยาบาลศาสตร์ มศว ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2557)
 ชำระผ่านทางธนาคาร พร้อม fax. ใบสมัครมาที่ โทรสาร 0-3739-5108 หรือ 02-6495000 ต่อ 21823
หรือทาง e-mail : nurse@swu.ac.th (โดยนำใบแจ้งชำระค่าลงทะเบียนการประชุมฯ ที่ส่งมา
พร้อมกับใบสมัครนี้ หรือดาวน์โหลดได้ที่ <http://nurse.swu.ac.th> ไปชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคารไทยพาณิชย์
ทุกสาขา ทั่วประเทศ ชำระได้ตั้งแต่วันที่ - วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2557)

**** ทั้งนี้ ผู้จัดประชุม จะไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใดๆ ****

***** กรุณาสมัครและชำระค่าลงทะเบียน ภายในวันที่วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2557*****
เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดเตรียมเอกสาร อาหาร และสถานที่ (ไม่รับสมัครในวันประชุม)

อาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ แพ้อาหาร (โปรดระบุ).....

ที่พัก ผู้เข้าประชุมกรุณาสำรองห้องพักด้วยตนเอง (ผู้เข้าร่วมประชุมชำระค่าที่พักเอง)

โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ท เบอร์โทร. 0-3730-756702-992-6999 ext.7264,7266

โทรสาร : 0-2992-6828 , E-mail : airport@asiahotel.co.th

ห้องเดี่ยว ราคา 1,200 บาท (รวมอาหารเช้า)

ห้องคู่ ราคา 1,400 บาท (รวมอาหารเช้า)

(กรุณากรอกแบบฟอร์มการสำรองห้องพัก โดยสำรองห้องพักภายในวันที่ 25 กรกฎาคม 2557)

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ 63 หมู่ 7 ถนนรังสิต-นครนายก ตำบลองครักษ์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120
โทรศัพท์ 0-2649-5000 ต่อ 21800 , 21821 หรือ โทร. (มือถือ) 089-9222549
โทรสาร 0-2649-5000 ต่อ 21823 หรือ 0-3739-5108

สามารถสำเนาใบสมัครได้



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่อยู่ 63 หมู่ 7 ตำบลอ้อมครีษ อำเภอลำลูกกา จังหวัดนครนายก 26120

โทร. 02-6495000 ต่อ 21800 , 21821

ใบแจ้งชำระค่าลงทะเบียนการประชุมฟื้นฟูวิชาการ

เรื่อง การแปลงผลทางห้องปฏิบัติและการใช้ยาสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ (6-8 สิงหาคม 2557)

สาขา/Branch _____ วันที่(Date) _____

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (Name) _____

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (Ref.1)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (Ref.2)

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

เลขที่บัญชี: 283-3-00042-5 Bill payment (20)

ชื่อบัญชี: คณะพยาบาลศาสตร์ (โครงการบริการวิชาการ)

รายการ	จำนวนเงิน
1 ค่าลงทะเบียนประชุม	3,600.00 บาท
รวมเงิน	3,600.00 บาท
	สามพันหกร้อยบาทถ้วน

* ค่าธรรมเนียมการโอนเงิน 20 บาท (สำหรับธนาคาร)

หมายเหตุ: 1.สามารถชำระได้ที่เคาน์เตอร์สาขา ตู้ ATM และ Easynet.com ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขาทั่วประเทศ เท่านั้น
2.กำหนดชำระเงิน ตั้งแต่วันที่- 31 กรกฎาคม พ.ศ.2557 และโปรดชำระตามยอดเงินที่ระบุ เท่านั้น

ผู้นำฝาก	
โทรศัพท์	

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร	
ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบอำนาจ	



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่อยู่ 63 หมู่ 7 ตำบลอ้อมครีษ อำเภอลำลูกกา จังหวัดนครนายก 26120

โทร. 02-6495000 ต่อ 21800 , 21821

ใบแจ้งชำระค่าลงทะเบียนการประชุมฟื้นฟูวิชาการประจำปี ครั้งที่ 10

เรื่อง การแปลงผลทางห้องปฏิบัติและการใช้ยาสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ (6-8 สิงหาคม 2557)

สาขา/Branch _____ วันที่(Date) _____

ชื่อ-สกุลผู้สมัคร (Name) _____

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (Ref.1)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (Ref.2)

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)

เลขที่บัญชี: 283-3-00042-5 Bill payment (20) ชื่อบัญชี: คณะพยาบาลศาสตร์ (โครงการบริการวิชาการ)

<input checked="" type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> เช็ค	จำนวนเงิน/Amount	3,600.00	บาท(Baht)
ชื่อธนาคาร-สาขา (Bank-Branch)	หมายเลขเช็ค (Cheque No.)	จำนวนเงิน/Amount	
		3,600.00	
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Word	สามพันหกร้อยบาทถ้วน		

สามารถชำระได้ที่เคาน์เตอร์สาขา ตู้ ATM และ Easynet.com ธนาคารไทยพาณิชย์ทุกสาขาทั่วประเทศ เท่านั้น

ผู้นำฝาก	
โทรศัพท์	

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร	
ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบอำนาจ	



ASIA AIRPORT HOTEL

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ 5-8 สิงหาคม 2557

ณ โรงแรมเอเชีย แอร์พอร์ท (ศูนย์การค้าเซียร์ รังสิต)

วันที่

ชื่อ-สกุล.....

หน่วยงาน.....

ที่อยู่ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร..... E-Mail :

เข้าพักวันที่...../...../..... เวลาเข้าพักไม่เกิน.....

ออกวันที่...../...../..... จำนวนห้องที่จอง.....

- ห้องเดี่ยว ราคา 1,200 บาทสุทธิ (รวมอาหารเช้า) จำนวน.....ห้อง
- ห้องคู่ ราคา 1,400 บาทสุทธิ (รวมอาหารเช้า) จำนวน.....ห้อง โดยพักคู่กับ.....
- อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้สำรองห้องพัก

การยกเลิกห้องพัก

1.ผู้ที่ต้องการยกเลิกการจองห้องพักหรือเปลี่ยนแปลงวันเข้าพัก กรุณา ส่งหนังสือขอยกเลิก หรือ เปลี่ยนแปลงวันเข้าพักเป็นลายลักษณ์อักษรมายังโรงแรมฯ 1 อาทิตย์ล่วงหน้า

2.ในกรณีที่ผู้เข้าพักไม่มาแสดงตนตามวันและเวลาดังกล่าว ทางโรงแรมฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินมัดจำล่วงหน้าค่าห้องพัก 1 คืน รายละเอียดการชำระเงิน

- ❖ กรุณาชำระค่ามัดจำห้องพักล่วงหน้า 1 คืน /ห้อง โดยโอนเงินผ่านธนาคาร และส่งแฟกซ์หลักฐานการโอนเงินมาที่
 - ❖ แผนกสำรองห้องพัก โทรสาร 0-2992-6828, E-Mail : airport@asiahotel.co.th, โทร. 02-992-6999 ต่อ 7264,7266
- ติดต่อ คุณกุลรดา,คุณไอรินทร์,คุณเนตรชนก

ชื่อบัญชีธนาคาร : บริษัท เอเชีย แอร์พอร์ท โฮเต็ล จำกัด

ชื่อธนาคาร : ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเซียร์ รังสิต บัญชีเลขที่ 364-237633-6/ บัญชีออมทรัพย์

ชื่อธนาคาร : ธนาคารกสิกรไทย สาขาซอยเซียร์รังสิต บัญชีเลขที่ 418-2-29511-1 / บัญชีออมทรัพย์

กรุณาติดสลิป การโอนเงิน.....ที่นี่

กรุณาส่งใบโอนเงินและแบบสำรองห้อง ภายในวันที่ 25 กรกฎาคม 2557 (ขอสงวนสิทธิ์กรณีห้องพักเต็ม)