



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๖๒๒
วันที่ ๑๕ ก.พ. ๒๕๕๕
เวลา ๑๔.๐๐

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๓๗๐๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๗ มกราคม ๒๕๕๕

งานส่งเสริมสุขภาพ
วันที่ ๑๕/๒๕
วันที่ ๒๕ ก.พ. ๕๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/ศูนย์อนามัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น “โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น สถาบันฯ จึงได้จัดการอบรม “โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ” ขึ้นระหว่างวันที่ ๒๙-๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญแพทย์และบุคลากรที่ให้บริการครอบครัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๘๐๐ บาท (แปดร้อยบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๑๒๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาขอให้ส่งแบบตอบรับและสำรองที่นั่งได้ที่กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๐๒-๓๕๔๘๓๓๓ - ๔๓ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๗ หรือ ๐๒-๓๕๔-๘๘๒๗ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ ถึงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๕ นี้ เป็นต้นไป

เรียน มท. สจธ.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๘๗

ขอแสดงความนับถือ

(นางศิริภรณ์ สวัสดิ์วร)

ในเขตของเขตสุขภาพที่ ๑
ทุกหน่วยงาน

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เพื่อโปรดทราบ

กลุ่มภารกิจวิชาการ 16 ก.พ. 55
โทร. ๐๒-๓๕๔๘๓๓๓ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๗
โทรสาร ๐๒-๓๕๔๘๘๐๘๘

๒๐ ก.พ. ๕๕

(นายสมพงษ์ บุญสืบชาติ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กำหนดการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
เรื่อง “หลากหลายมุมมองกับการดูแลเด็กพิเศษ”
วันที่ ๒๙-๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันพฤหัสบดีที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๕๕

- | | |
|----------------------------|---|
| ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. | ลงทะเบียน |
| ๐๘.๓๐ - ๐๘.๔๕ น. | กล่าวรายงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิง รัตโนทัย พลับรูการ
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น |
| ๐๘.๔๕ - ๐๙.๐๐ น. | กล่าวเปิดงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิง ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. | Overview of Children with special needs and
Update Knowledge in Autistic disorder
: อาจารย์แพทย์หญิง รัตโนทัย พลับรูการ |
| ๑๐.๐๐ - ๑๐.๑๕ น. | พักรับประทานอาหารว่าง |
| ๑๐.๑๕ - ๑๑.๑๕ น. | LD ปัญหาของใคร
: ศาสตราจารย์คลินิก แพทย์หญิงวินัดดา ปิยะศิลป์
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น |
| ๑๑.๑๕ - ๑๒.๑๕ น. | การใช้แนวทางบำบัดแบบ Biofeedback & Social Story
: อาจารย์วิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล
หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น |
| ๑๒.๑๕ - ๑๓.๐๐ น. | พักรับประทานอาหารว่าง |
| ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น. | แนวทางการดูแลด้านจิตใจสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
: อาจารย์แพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น |
| ๑๔.๐๐ - ๑๔.๑๕ น. | พักรับประทานอาหารว่าง |
| ๑๔.๑๕ - ๑๕.๑๕ น. | What's new in ADHD
: อาจารย์แพทย์หญิง ปราณี เมืองน้อย
จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น |
| ๑๕.๑๕ - ๑๖.๑๕ น. | Sensory Integration & Behavior Modification
: อาจารย์นิพนธ์ธร แสงทองศรี
หัวหน้างานกิจกรรมบำบัด |
| วันศุกร์ที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕ | |
| ๐๘.๐๐ - ๐๙.๐๐ น. | ประสบการณ์การรักษาเด็ก Down Syndrome
: อาจารย์แพทย์หญิง อติศรีสุดา เพ็องฟู
กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก |
| ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. | การช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยใช้หลักมณีเวช |

- ๑๐.๐๐ – ๑๐.๑๕ น. : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์
กุมารแพทย์
พักรับประทานอาหารว่าง
- ๑๐.๑๕ – ๑๑.๑๕ น. : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์
แนวทางการช่วยเหลือเด็กที่มีความต้องการพิเศษของศูนย์
การศึกษาพิเศษ
- ๑๑.๑๕ – ๑๒.๑๕ น. : อาจารย์สมบูรณ์ อาศิริพจน์
ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษส่วนกลาง
Speech therapy ช่วยเด็กพิเศษได้อย่างไร
- ๑๒.๑๕ – ๑๓.๐๐ น. : อาจารย์ วราภรณ์ วิไลนาม
นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย
พักรับประทานอาหารว่าง
- ๑๓.๐๐ – ๑๔.๐๐ น. : อาจารย์ วราภรณ์ วิไลนาม
แนวทางการตรวจการได้ยินในเด็ก
- ๑๔.๐๐ – ๑๔.๑๕ น. : อาจารย์แพทย์หญิงนาฏยาพร จรรย์เรืองธีรกุล
แพทย์กลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก
พักรับประทานอาหารว่าง
- ๑๔.๑๕ – ๑๕.๑๕ น. : อาจารย์แพทย์หญิงนาฏยาพร จรรย์เรืองธีรกุล
Visual Stimulation in Low vision Children
- : รศ.ดร. สุภา คงสัจไชย
อาจารย์พิเศษคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ใบตอบรับเข้าร่วมการประชุม
โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็ก ที่มีความต้องการพิเศษ
เรื่อง “หลากหลายมุมมองกับการดูแลเด็กพิเศษ”

วันที่ ๒๙-๓๐ มีนาคม ๒๕๕๕

ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address

ประเภท โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์ โรงพยาบาลเอกชน

อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ๘๐๐ บาท (แปดร้อยบาทถ้วน)

ประเภทอาหาร อาหารทั่วไป อิสลาม ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา

(ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com

หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร

(หมายเลขโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มภารกิจวิชาการ

ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๓๕๔-๘๓๓๓-๔๓ ต่อ ๕๑๑๗,๕๑๒๒

หรือ ๐๒-๓๕๔-๘๙๒๗ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ ปรกวนเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
(โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษาเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รุ่นที่ 1)



Company Code: 9586

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 800.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9586

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (อบรมบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษา สาขา.....
เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รุ่นที่ 1) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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