สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๔๑๓๓
วันที่ ๔ S.A. ๒๕๕๕
เวลา ๑๐.๐๐

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๑๔๖๐

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

งานส่งเสริมสุขภาพฯ
รับที่ ๕๔๕
วันที่ ๔ ธ.ค. ๕๕

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/ศูนย์อนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น "โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ" (รุ่นที่ ๑) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น สถาบันฯ จึงได้จัดการอบรม "โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ" (รุ่นที่ ๑) ขึ้น ระหว่างวันที่ ๒๔ – ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖ ณ ห้องประชุมจักรพันธุ์ ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญแพทย์และบุคลากรที่ให้คำปรึกษาครอบครัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๘๐๐ บาท (แปดร้อยบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๑๒๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาขอให้ส่งแบบตอบรับและสำรองที่นั่งได้ที่ กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๐๒-๓๕๔๘๓๓๓-๔๓ ต่อ๕๑๒๐,๕๑๑๗ หรือ๐๒-๓๕๔-๙๒๗ ในวันและเวลาราชการ สามารถดูรายละเอียดได้ที่ http://www.childrenhospital-training.com ตั้งแต่วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ จนเต็มตามจำนวนที่กำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวรัตโนทัย พลับรู้การ)
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
โทร : ๐๒-๓๕๔-๘๙๒๗
โทรสาร : ๐๒-๓๕๔๘๐๘๘
www.Childrenhospital-Training.com

(นายสมชัย วิโรจน์แสงอรุณ)
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กำหนดการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
เรื่อง "หลากหลายมุมมองกับการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"
วันที่ ๒๔-๒๕ มกราคม ๒๕๕๖ ณ ห้องประชุมจักรพันธุ์ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันพฤหัสบดีที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๕๖

๐๘.๐๐-๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียน
๐๘.๓๐-๐๘.๔๕ น.	กล่าวรายงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิง รัตโนทัย พลับรู้การ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๐๘.๔๕-๐๙.๐๐ น.	กล่าวเปิดงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิงศิราภรณ์ สวัสดิวร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๐๙.๐๐-๑๐.๐๐ น.	Overview of Children with special needs and Update Knowledge in Autistic disorder : อาจารย์แพทย์หญิง รัตโนทัย พลับรู้การ
๑๐.๐๐-๑๐.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๑๕-๑๑.๑๕ น.	การคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการพิเศษและ การใช้แนวทางบำบัดแบบ Biofeedback : อาจารย์วิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๑๑.๑๕-๑๒.๑๕ น.	แนวทางการตรวจการได้ยินในเด็ก : อาจารย์แพทย์หญิงนาฏยาพร จรัญเรืองธีรกุล กุมารแพทย์ด้านโสต ศอ นาสิก
๑๒.๑๕-๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ น.	ปัญหาการเรียนและแนวทางการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นและLD : อาจารย์แพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
๑๔.๐๐-๑๔.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๔.๑๕-๑๕.๑๕ น.	แนวทางการช่วยเหลือทางการศึกษาสำหรับ Low vision Children : รองศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล อุดมพิริยะศักดิ์ บัณฑิตวิทยาลัย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
๑๕.๑๕-๑๖.๑๕ น.	Sensory Integration& Behavior Modification : อาจารย์นิพนธ์ธร แสงทองศรี หัวหน้างานกิจกรรมบำบัด

วันศุกร์ที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖

๐๘.๐๐-๐๙.๐๐ น.	ประสบการณ์การรักษาเด็ก Down Syndrome : อาจารย์แพทย์หญิงอดิศร์สุดา เฟื่องฟู กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

เรื่อง "โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ"

วันที่ ๒๔ – ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖

ณ ห้องจักรพันธุ์ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

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

<u>หมายเหตุ</u> กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

(โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษาเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รุ่นที่ 1)

****

Company Code: 9856

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: 9856

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (อบรมบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการศึกษาเกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ รุ่นที่ 1) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): ☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2): .....

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3): .....

ประเภทการรชำระ	รายละเอียด		จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
☐ เงินโอน / A/C Transfer	เลขที่บัญชี / A/C No.		
☐ เงินสด / Cash	โปรดเขียนจำนวนเงินเป็นตัวอักษร Please write amount in words		

ลงชื่อผู้ชำระเงิน...../ โทรศัพท์ .....