



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๗๖
วันที่ ๒๐ ก.พ. ๒๕๕๕
เวลา ๑๔.๓๐

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๓๓๗๒

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

งานส่งเสริมสุขภาพ
รับที่ ๒๐๘/๕๕
รับที่ ๒๐ ก.พ. ๕๕

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ “เรื่องต้องรู้ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - ๕ ปี

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ
 ๒. แบบตอบรับ
 ๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการในโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “เรื่องต้องรู้ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - ๕ ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ พี่เลี้ยงเด็ก ครูอนุบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ดูแลเด็กอายุแรกเกิด-๕ ปี มีความรู้ ทักษะ และวิธีการสร้างพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของเด็ก รวมถึงการนำไปใช้และสามารถเผยแพร่ความรู้สู่บุคคลอื่นได้ สถาบันฯ จึงได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ “เรื่องต้องรู้ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด-๕ ปี” ขึ้นในวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๕ ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อพ่อแม่ ผู้สนใจทั่วไป พี่เลี้ยงเด็ก สถานรับเลี้ยงเด็ก สถานสงเคราะห์เด็กเล็ก ครูอนุบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงขอเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน คนละ ๙๐๐.- บาท ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวง การคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา และขอให้ส่งแบบตอบรับและสำรองที่นั้งได้ที่ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๐๒-๓๕๔-๘๓๓๓ - ๔๓ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๗ /๐๒-๓๕๔-๘๘๒๗ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

Sida m

(นางสาวรัตโนทัย พลบูรณ์การ)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

*รับ ผ. ส. ส. ส.
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
เรื่องต้องรู้ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด-๕ ปี
เรียนขอประชาสัมพันธ์ขอเชิญร่วมได้ ส. ส. ส.
ณ มณฑลทหารบกที่ ๒๗ ทร. กรม
ที่ ๒๐ ก.พ. ๕๕*

กลุ่มภารกิจวิชาการ

โทร : ๐๒-๓๕๔๘๓๓๓ ต่อ ๕๑๒๐

: ๐๒-๓๕๔-๘๘๒๗

โทรสาร : ๐๒-๓๕๔๘๐๘๘

*ขอ
รับ
ม. ก. พ. ร.*

(นายสมชัย วิโรจน์ตงอรุณ)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมพัฒนา
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กำหนดการ
อบรมเชิงปฏิบัติการ “ เรื่องต้องรู้ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - 5 ปี ”
ตอน สะสมไอคิว อีคิว ให้ลูกรัก
ณ ห้องประชุม 1-3 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี
วันที่ 25 พฤษภาคม 2555 เวลา 08.00 – 16.00 น.

08.00 – 08.30 น.	ลงทะเบียน / ชมนิทรรศการ
08.30 – 08.45 น.	พิธีเปิดการอบรม
08.45 – 10.45 น.	การอภิปรายเรื่อง “ ครบเครื่อง เรื่องเลี้ยงลูก ” โดย ศาสตราจารย์คลินิก แพทย์หญิงสุนทรี รัตนชูเอก ทันตแพทย์หญิงปาริชาติ สรเทศน์ แพทย์หญิงนัยนา ณีชนะนันท์ ผู้ดำเนินการอภิปราย : แพทย์หญิงรัชดา เกษมทรัพย์
10.45 – 11.00 น.	รับประทานอาหารว่าง
11.00 – 12.00 น.	รู้ทันวัคซีนทางเลือก โดย รองศาสตราจารย์(พิเศษ) นายแพทย์ทวี โชติพิทยสุนนท์
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 15.00 น.	ทักษะ / เทคนิคเรียนรู้ 4 กลุ่ม (Work shop) <ul style="list-style-type: none">➢ <u>เทคนิคน่าน้ำ</u> คุณหนูยอมกินข้าว วิทยากรกลุ่ม : คุณอารีย์ พีระธนะกุล / คุณเลิศลักษณ์ บางสุวรรณ / คุณธนิดา ตั้งจิตตรง➢ <u>เตรียมหนูฟันสวย</u> วิทยากรกลุ่ม : คุณมณูญ บำรุงจิตร / คุณอำพร วัฒนะสมศรี➢ <u>เคล็ดลับ บ้าย บาย ขวดนม</u> วิทยากรกลุ่ม : คุณพิริยา วรรณะภุติ / คุณชลดา อินทรสังขนาวิน / คุณนุชรรัตน์ พงษ์หลั่น➢ <u>สอนเด็กให้นิสัยดี</u> วิทยากรกลุ่ม : คุณเข็ม สกฤษณ์ / คุณสมิตรา อ่าวจินดา
15.00 – 15.15 น.	รับประทานอาหารว่าง
15.15 – 16.00 น.	สรุปประเด็นการเรียนรู้

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม
เรื่อง “โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องต้องรู้ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด-๕ปี”
วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๕
ณ ห้องประชุม ๑-๓ 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 ๙๐๐ บาท (เก้าร้อยบาทถ้วน)

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 จันทิ หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด กลุ่มภารกิจวิชาการ
ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๓๕๔-๘๓๓๓-๕๓ ต่อ ๕๑๑๗,๕๑๒๒
หรือ ๐๒-๓๕๔-๘๙๒๗ หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน "โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ "เรื่องต้องรู้ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - 5 ปี"



Company Code: 9613

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 900.- 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: 9613

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องต้องรู้ เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด-5ปี)

สาขา.....

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