



## กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

### เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องสมดุลงของโครงสร้างร่างกายในเด็ก”

วันที่ ๗-๘ มกราคม ๒๕๕๖ ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

#### วันจันทร์ที่ ๗ มกราคม ๒๕๕๖

๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น.	ลงทะเบียน
๐๘.๓๐ - ๐๘.๔๕ น.	กล่าวรายงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิง รัตโนทัย พลับรูการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
๐๘.๔๕ - ๐๙.๐๐ น.	กล่าวเปิดงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิง ศิราภรณ์ สวัสดิ์ว ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับวิชามณีเวช : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์และแพทย์หญิงพนิดา จันทรรังสิกุล
๑๐.๐๐ - ๑๐.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๑๕ - ๑๒.๑๕ น.	อธิบายลทั่วไ้กับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์และแพทย์หญิงพนิดา จันทรรังสิกุล
๑๒.๑๕ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	แบ่งกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับอธิบายลทั่วไ้กับการบริหารร่างกายแบบมณีเวช : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์ : อาจารย์แพทย์หญิงพนิดา จันทรรังสิกุล : อาจารย์แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรูการ : อาจารย์แพทย์หญิงปราณี เมืองน้อย : นายแพทย์ปิยะ รุ่งทรัพย์ทวีคุณ : นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

#### วันอังคารที่ ๘ มกราคม ๒๕๕๖

๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น.	การจัดสมดุลงร่างกายตนเองโดยใช้วิชามณีเวช : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์
๑๐.๐๐ - ๑๐.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๐.๑๕ - ๑๒.๑๕ น.	แบ่งกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสมดุลงร่างกายตนเองโดยใช้วิชามณีเวช : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์และแพทย์หญิงพนิดา จันทรรังสิกุล : อาจารย์แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรูการ : อาจารย์แพทย์หญิงปราณี เมืองน้อย : นายแพทย์ปิยะ รุ่งทรัพย์ทวีคุณ : นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล
๑๒.๑๕ - ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.	การจัดสมดุลงร่างกายเด็กโดยใช้วิชามณีเวช : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์
๑๔.๐๐ - ๑๔.๑๕ น.	พักรับประทานอาหารว่าง
๑๔.๑๕ - ๑๖.๑๕ น.	แบ่งกลุ่มเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสมดุลงร่างกายเด็กโดยใช้วิชามณีเวช : อาจารย์นายแพทย์นภดล นิงสานนท์ : อาจารย์แพทย์หญิงพนิดา จันทรรังสิกุล : อาจารย์แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรูการ : อาจารย์แพทย์หญิงปราณี เมืองน้อย : นายแพทย์ปิยะ รุ่งทรัพย์ทวีคุณ : นางสาววิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องสมดุลงของโครงสร้างร่างกายในเด็ก”

วันที่ ๓ - ๘ มกราคม ๒๕๕๖

ณ ห้องประชุม ชั้น ๑๓ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

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  ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน)!

ประเภทอาหาร  อาหารทั่วไป  อิสลาม  ประเภทอื่น ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ [www.childrenhospital-training.com](http://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 ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน



# สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
(โครงการอบรมเรื่อง "การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องสมดุของโครงสร้างร่างกายในเด็ก")

\*\*\*\*\*



Company Code: 9994

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

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

### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 2,000.- 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: 9994

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (พัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องสมดุโครงสร้างร่างกายในเด็ก) 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 .....



กำหนดการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ  
เรื่อง “หลากหลายมุมมองกับการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ”  
วันที่ ๒๔-๒๕ มกราคม ๒๕๕๖ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันพฤหัสบดีที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๕๖

- ๐๘.๐๐-๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน
- ๐๘.๓๐-๐๘.๔๕ น. กล่าวรายงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิง รัตโนทัย พลับรูการ  
หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- ๐๘.๔๕-๐๙.๐๐ น. กล่าวเปิดงาน โดยอาจารย์แพทย์หญิงศิริภรณ์ 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. การคัดกรองผู้ป่วยเด็กที่มีความต้องการพิเศษและ  
การใช้แนวทางบำบัดแบบ Biofeedback  
: อาจารย์วิไลรัตน์ ชัชชวลิตสกุล  
หัวหน้างานการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
- ๑๑.๑๕-๑๒.๑๕ น. แนวทางการตรวจการได้ยินในเด็ก  
: อาจารย์แพทย์หญิงนาฏยาพร จรรย์เรืองธีรกุล  
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  
: อาจารย์แพทย์หญิงอดิสรุสตา เพ็ญฟู  
กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก

## ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

เรื่อง “โครงการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ”

วันที่ ๒๔ - ๒๕ มกราคม ๒๕๕๖

ณ ห้องจักรพันธ์ 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](http://www.childrenhospital-training.com)  
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร  
(หมายเลขโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ 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  
๕๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ 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 (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 .....