



ศูนย์ฝึกอบรม ๒๕๕๗  
 เลขรับ ๐๐๔๒๖  
 วันที่ 12 ม.ค. 2558  
 เวลา.....  
 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
 ๔๒๐/๕๒ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี  
 กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
 ส่งเสริมการจัดการศึกษา  อื่นๆ

ที่ สธ ๐๓๑๘/๑๙๑๘

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม  
 ๒. แบบตอบรับ  
 ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ โครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น โครงการอบรมเกี่ยวกับจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็กวัย ๓-๖ ปี เรื่อง “ทักษะสำคัญในการพัฒนาเด็กวัยเรียน ๓-๖ ปี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานแก่บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น สถาบันฯ จึงได้จัดการอบรม “โครงการอบรมเกี่ยวกับจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็กวัย ๓-๖ ปี” ขึ้น ระหว่างวันที่ ๙-๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ ณ ห้องประชุมจักรพันธ์ ชั้น ๗ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญแพทย์และบุคลากรที่ให้คำปรึกษาครอบครัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษเข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๒,๔๐๐บาท(สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๑๒๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานประชุม พ.ศ. ๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนและส่งใบตอบรับเข้ารับการอบรมมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันทิ หรือ นางสาวจริยา ตันจินดา กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐,๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ จนถึงตามจำนวนที่กำหนด ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีขอสงวนสิทธิไม่คืนเงินทุกกรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน  
 ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มงานบริหารบุคคล  
 52  
 วันที่ 13 ม.ค. 2558  
 กลุ่มงานบริหารบุคคล  
 กลุ่มงานบริหารงานบุคคล  
 กลุ่มงานบริหารงานบุคคล  
 กลุ่มงานบริหารงานบุคคล  
 กลุ่มงานบริหารงานบุคคล

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม  
 กลุ่มภารกิจวิชาการ  
 โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓  
 โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

2558

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม  
เรื่อง “โครงการจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็กวัย ๓ - ๖ ปี (รุ่น ๑)”  
วันที่ ๙ - ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘  
ณ ห้องจักรพันธ์ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....  
สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....  
ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....  
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร.....  
E-mail address .....

ประเภท  โรงพยาบาลชุมชน  โรงพยาบาลทั่วไป - ศูนย์  โรงพยาบาลเอกชน  
 อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน  ๒,๔๐๐ บาท (สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

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 คุณจริยา ตันจินดา กลุ่มภารกิจวิชาการ  
ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐  
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน


จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2557



## สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี  
(โครงการจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็กวัย 3-6 ปี รุ่นที่ 1)

\*\*\*\*\*

 Company Code: 9613  
กรุงไทย

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1):  -  -  -  -

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

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

### ค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 2,400.- บาท/ท่าน


### การชำระเงิน

ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชีธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน .....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย

 ส่วนของธนาคาร  
กรุงไทย

 Company Code: 9613  
กรุงไทย

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (โครงการจิตวิทยาการเลี้ยงดูเด็กวัย 3-6 ปี รุ่นที่ 1) 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 .....