

ที่ มส ๐๐๓๓.๐๐๓/ว๙๐๐



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
ถนนขุนลุมประพาส มส.๕๘๐๐๐

๑๑ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในหัวข้อ “การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน	จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในหัวข้อ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Transthoracic Echocardiography for Congenital Heart Disease : Workshop with Hybrid Conference) แบบ Hybrid โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะในการตรวจประเมินโรคหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ณ ห้องประชุม ชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินีสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ขอเชิญแพทย์ และพยาบาลที่เกี่ยวข้องเข้ารับการอบรมดังกล่าว โดยรับผู้เข้าอบรม on-line จำนวน ๑๕๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๑,๐๐๐ บาท อบรม on-site จำนวน ๓๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๒,๐๐๐ บาท โดยมีสิทธิเบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯของสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี และสามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital.go.th สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ หรือ ๐๘ ๘๘๗๔ ๔๖๗๔ สามารถสมัครผ่าน QR code ที่แนบมาพร้อมนี้ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ qsinich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางภัทรา นวลคำ)
เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข),
รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

โทร. ๐-๕๓๖๑-๑๒๘๑ ต่อ ๑๒๗

โทรสาร ๐-๕๓๖๑-๑๓๒๒

กำหนดการ

การอบรมเชิงปฏิบัติการ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
Transthoracic Echocardiography for Congenital Heart Disease: Workshop with hybrid conference
20-21 พฤษภาคม 2567 ณ ห้องประชุมชั้น 27 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันจันทร์ที่ 20 พฤษภาคม 2567

08.45-09.00 น.	พิธีเปิดการอบรมเชิงปฏิบัติการ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้กล่าวรายงาน ผศ.นพ.วรการ พรหมพันธุ์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์และหัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ			
09.00-10.00 น.	บรรยายเรื่อง Anatomy and physiology of the heart โดย ผศ.นพ.วรการ พรหมพันธุ์ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์และหัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ			
10.00-11.00 น.	บรรยายเรื่อง Segmental approach to anatomic analysis of Congenital Heart Disease โดย นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
11.00-12.00 น.	อภิปรายเรื่อง Indications, skills and knowledge, patient preparation and safety for Pediatric Echocardiography โดย นพ.ธีรพงศ์ ว่องวิภาสมิตกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ และ อ.นฤมล สมชื่อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน			
13.00-14.00 น.	บรรยายเรื่อง Perform pediatric echocardiography โดย อ.วิวรรธน์ วิรัชลาภ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
14.00-15.00 น.	Case discussion : Segmental approach to anatomic analysis of congenital heart disease โดย นพ.ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน กุมารแพทย์โรคหัวใจ นพ.ธวัชชัย กิระวิทยา กุมารแพทย์โรคหัวใจ นพ.ธีรพงศ์ ว่องวิภาสมิตกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.ภูมิพัฒน์ หิมะพรม นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก Case moderator อ.นคร ฤทธิเต็ม นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
15.00-18.00 น.	Workshop: Perform pediatric echocardiography แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้			
กลุ่มที่ 1 นำปฏิบัติโดย ผศ.นพ.วรการ พรหม พันธุ์ กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.พันทิพา เสือฉิม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 2 นำปฏิบัติโดย พญ.พิมพ์ภัค ประชา ศิลป์ชัย กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.ศศิวิมล ชุ่มดี นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 3 นำปฏิบัติโดย พญ.พรรณธิป ภัทรกุล วิวัฒน์ กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.วิวรรธน์ วิรัชลาภ นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 4 นำปฏิบัติโดย นพ.กตัญญู บุญยาณิษฐ์ กุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.นคร ฤทธิเต็ม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 5 นำปฏิบัติโดย นพ.ธีรพงศ์ ว่องวิภาสมิต กุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.ภูมิพัฒน์ หิมะพรม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก

หมายเหตุ: พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.10 น. และ 14.50-15.00 น.

วันอังคารที่ 21 พฤษภาคม 2567

09.00-10.00 น.	บรรยายเรื่อง Acyanotic Congenital Heart Disease โดย นพ.กตัญญู บุญยวาณิชกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
10.00-11.00 น.	บรรยายเรื่อง Cyanotic Congenital Heart Disease โดย พญ.พิมพ์ภักดิ์ ประชาศิลป์ชัย กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
11.00-12.00 น.	บรรยายเรื่อง Critical Congenital Heart Disease โดย พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ			
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน			
13.00-14.00 น.	Case discussion: Common Congenital Heart Disease โดย ผศ.นพ.ธนรัตน์ ulyangkur กุมารแพทย์โรคหัวใจและประธานมูลนิธิเด็กโรคหัวใจฯ พญ.พิมพ์ภักดิ์ ประชาศิลป์ชัย กุมารแพทย์โรคหัวใจ พญ.พรรณธิป ภัทรกุลวิวัฒน์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ นพ.กตัญญู บุญยวาณิชกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ Case moderator อ.พันทิพา เสือฉิม นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
14.00-17.00 น.	Workshop: Congenital Heart Echocardiography (Shunt lesion, Obstructive lesion and Complex lesion) แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ดังต่อไปนี้			
กลุ่มที่ 1 นำปฏิบัติโดย ผศ.นพ.วรการ พรหม พันธุ์ กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.พันทิพา เสือฉิม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 2 นำปฏิบัติโดย พญ.พิมพ์ภักดิ์ ประชา ศิลป์ชัย กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.ศศิวิมล ชุ่มดี นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 3 นำปฏิบัติโดย พญ.พรรณธิป ภัทรกุล วิวัฒน์ กุมารแพทย์ โรคหัวใจ อ.วิวรรณ วิรัชลาภ นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 4 นำปฏิบัติโดย นพ.กตัญญู บุญยวาณิชกุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.นคร ฤทธิเต็ม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก	กลุ่มที่ 5 นำปฏิบัติโดย นพ.ธีรพงศ์ ว่องวิภาสมิตร กุล กุมารแพทย์โรคหัวใจ อ.ภูมิพัฒน์ หิมะพรม นักเทคโนโลยีหัวใจและ ทรวงอก

หมายเหตุ: พักรับประทานอาหารว่าง 10.00-10.10 น. และ 13.50-14.00 น.

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง “การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด”
(Transthoracic Echocardiography for Congenital Heart Disease: Workshop with Hybrid Conference)
วันที่ 20 - 21 พฤษภาคม 2567 ณ ห้องประชุม ชั้น 27
อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง 1 ช่องทาง)

☐ โอนผ่าน Krungthai Next ☐ โอนผ่านเคาร์เตอร์ธนาคารกรุงไทย ☐ โอนผ่านตู้ ATM

ลงทะเบียน (โปรดแนบสลิปธนาคาร หรือใบ Pay In มาด้วยทุกครั้ง)

☐ ค่าลงทะเบียนแบบ on-site 2,000 บาท โค้ดชำระเงิน 9856

☐ ค่าลงทะเบียนแบบ on-line 1,000 บาท โค้ดชำระเงิน 9610

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

สถานที่ปฏิบัติงาน (หน่วยงาน).....

ที่อยู่สำหรับจัดส่งใบเสร็จ

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

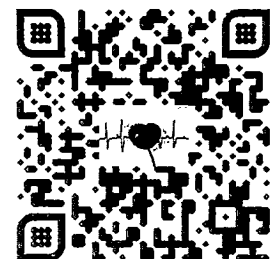
โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ID LINE

E-mail address :

ออกใบเสร็จในนาม ☐ ชื่อผู้ลงทะเบียน

☐ หน่วยงาน (กรุณาก่อร่างรายละเอียดที่ให้ออกใบเสร็จให้ครบถ้วนในช่องว่างด้านล่าง)

ผู้ประสานงาน คุณวไลพร เฟื่องสูงเนิน กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด
ชั้น 11 อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120
โทรศัพท์มือถือ 088 874 4674 (ในวันและเวลาราชการ)



QR-CODE
ใบตอบรับเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com
- ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากการชำระเงิน 7 วัน
- เอกสารประกอบการบรรยายเป็นแบบดิจิทัล (Paperless)
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

‘การชำระค่าลงทะเบียน การอบรม เรื่อง การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิด (on-line)



Company Code: 9610

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตรการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (ลงทะเบียนตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67) อัตรา 1,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี
ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ บาท

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9610

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง
(ลงทะเบียนตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

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

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์



ชำระหนี้ได้ตั้งแต่วันที่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

แจ้งการชำระค่าลงทะเบียน การอบรม เรื่อง การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงในเด็กโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิด (on-site)



Company Code: 9856

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

ค่าลงทะเบียน

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตรการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนฯ (ลงทะเบียนตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67) อัตรา 2,000.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

☐ ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี
ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ

เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร



Company Code: 9856

วันที่.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนฯ
(ลงทะเบียนตั้งแต่ 1 เม.ย. 67 - 6 พ.ค. 67) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

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

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 2):

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

ลงชื่อผู้ชำระเงิน..... / โทรศัพท์

☐	กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ
☐	กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง
☐	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
☒	กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
☐	กลุ่มงานอำนวยการ
☐	งานตรวจสอบภายใน



(นางสาวนฤมล ชมพูราช)
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

๒๗ มีนาคม ๒๕๖๗