



ที่ ศก ๐๐๓๒.๐๐๓/ว ๕๒๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ศก ๓๓๐๐๐

๓๑ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ กันทรลักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สธ ๐๓๒๑/๓๔๕

ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๕

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้รับแจ้งจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จัดประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก สำหรับทันตแพทย์เด็ก ทันตแพทย์ทั่วไป กำหนดจัดประชุมระหว่างวันที่ ๑๖-๑๗ มีนาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมสยาม ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอประชาสัมพันธ์ให้ทันตแพทย์ในสังกัด หน่วยงานของท่านที่สนใจเข้าร่วมประชุม ฯ ดังกล่าว เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๑ มกราคม - ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางวนิดา สมกุง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทร.๐-๔๕๖๑-๖๐๔๐ ถึง ๖ ต่อ ๑๐๕

โทรสาร ๐-๔๕๖๑-๖๐๔๒



แบบตอบรับเข้าร่วมการประชุม



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
 รับที่..... 1407
 วันที่..... 27 ม.ค. 2565
 เวลา..... 15.29 น.

ที่ สธ ๐๓๒๑/๓๔๕

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 ๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
 กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐
 กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

๑๙ มกราคม ๒๕๖๕

รับที่..... 27
 วันที่..... 28 ม.ค. 2565
 เวลา..... 08.32 น.

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมการประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/นายแพทย์สาธารณสุข/สำนักอนามัย/
 สถาบันทันตกรรม/ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์อนามัยทุกแห่ง/นายกเทศมนตรีเมืองประจวบคีรีขันธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. กำหนดการอบรม
 ๒. ใบตอบรับการเข้าร่วมอบรม
 ๓. ใบชำระเงินค่าลงทะเบียน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจัดประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก สำหรับทันตแพทย์เด็ก ทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ มีแนวทางการบริหารจัดการ การรักษาทางทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมจัดฟัน ทันตศัลยกรรม การจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยจัดประชุม ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมสยาม ๑ - ๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นอย่างมาก จึงขอเชิญทันตแพทย์เข้าร่วมการประชุม ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติรูปแบบ ONSITE จำนวน ๘๐ คน ค่าลงทะเบียน ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน) รูปแบบ ONLINE จำนวน ๒๐๐ คน ค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) ผู้เข้าร่วมประชุมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม โดยไม่ถือเป็นวันลา เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชา เริ่มสมัครและชำระค่าลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๒๑ มกราคม - ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ขอปิดรับสมัครหากผู้เข้าร่วมครบตามจำนวน สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์ถ่ายทอดความรู้ และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ อีเมล qsnich.training@gmail.com www.childrenhospital-training.com ชำระเงินส่งใบตอบรับตาม QR - Code แนบท้าย ในกรณีผู้เข้าร่วมประชุมชำระเงินแล้ว ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

Nil

(นางสาวนัยนา ณีชนะนันท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม
 ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
 ราชชน นม. ๑๕๖. ศรีสะเกษ

- ฝั่งไปรษณีย์
- สดชื่น สุขุมวิท ฝั่งตะวันออก ๑-๑๒ ปรุขันธ์
- ฝั่งตะวันออก ๑-๑๒ ปรุขันธ์

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
 กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘

www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

(นายชาญชัย เสานติพิพัฒน์)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

การประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก

วันที่ 16 - 17 มีนาคม 2565

ณ ห้องประชุมสยาม 1 - 2 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันพุธที่ 16 มีนาคม 2565

- 08.00-08.30 ลงทะเบียน
- 08.30-08.45 พิธีเปิด (โดยท่านผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)
- 08.45-10.15 Depression: How to prevent and manage in Covid Situation
ศ.คลินิก พญ.วินัดดา ปิยศิลป์ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)
- 10.15-11.00 Dental consideration in MIS-C
ทพญ.ประภารัตน์ ตั้งจิตเพียรพงศ์ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)
- 11.00-12.00 UPDATE แนวทางในการให้วัคซีน Covid ในเด็กและ การป้องกัน Complications
พญ.ปิยรัชต์ สันตะรัตติวงศ์ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)
- 12.00-13.00 พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-15.00 How to manage and concern about bleeding disorder
พญ.สมใจ กาญจนพงษ์กุล (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)
- 15.00-16.00 Odontogenic infections in children
ทพญ.วรัตน์ วงศ์รัศมีจรรยา (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

วันพฤหัสบดีที่ 17 มีนาคม 2565

- 09.00-10.00 Interceptive cases (Tips and Tricks in my experience)
ทพ.นพภูล จันทร่มองแสง (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)
- 10.00-11.00 "จากกรรมมารดาสู่เชิงตะกอน - ทันตกรรมเด็กสู่ทันตกรรมผู้สูงอายุ :
ความเหมือนที่แตกต่าง"
ทพ.วรวิทย์ สกุลไทย (โรงพยาบาลปะเหลียน จ.ตรัง)
- 11.00-12.00 Crossbite VS Removable appliances
ทพ.กฤษฎี ปิ่นณะรัส (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)
- 12.00-13.00 พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-14.30 ลีลาภาษาอังกฤษในบทความย่อทางทันตกรรม (มีด้วยหรือ!?)
(English Style in Dentistry Abstracts (For Real?))
ผศ.ทพ.ดร.เกรียงไกร วรรณะเลาะห์ (ภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)
- 14.30-16.00 "Correct developing malocclusion with the end in mind"
อ.ทพญ.บุษฎี แสงหิรัญวัฒนา วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์นานาชาติ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่าง ช่วงเช้าเวลา 10.30น.-10.45น. / ช่วงบ่ายเวลา 14.30น.-14.45น.

ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม

เรื่อง “การประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก”

วันที่ 16 - 17 มีนาคม 2565

ณ ห้องประชุมสยาม 1 - 2 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ลงทะเบียนรูปแบบ

Onsite 2,500 บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

Online 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

ยืนยันการชำระค่าลงทะเบียน

อัตราค่าลงทะเบียน บาท (.....)

ช่องทางการชำระเงิน (โปรดเลือกเพียง1ช่องทาง)

โอนผ่าน Krungthai Next

โอนผ่านตู้ ATM

โอนผ่านธนาคาร

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก..... เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address ID LINE.....

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้ลงทะเบียน หน่วยงาน (กรุณากรอกข้อความด้านล่าง)

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

.....

ผู้ประสานงาน คุณณรงค์ จันทร์ หรือ คุณเบญญาภา วัฒนกุล กลุ่มงานวิชาการและถ่ายทอด ชั้น 11
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5113, 5120 หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 088-874-4674
(ในเวลาราชการ)



แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

หมายเหตุ

- เมื่อชำระเงินแล้วโปรดตอบรับการประชุม ผ่าน QR Code หรือ กรอกข้อมูลในใบตอบรับ (กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ให้ผิดพลาด) และส่งมายังทาง E-mail qsnich.training@gmail.com หรือทางโทรสาร 02 354 8088
- ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าอบรมได้ภายหลังจากชำระเงิน 7 วันได้ที่เว็บไซต์ www.childrenhospital-training.com
- ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้มีสิทธิ์ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้



ชำระเงินได้ตั้งแต่ วันที่ 21 มกราคม 2565

(Onsite)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน การประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก (รูปแบบ Onsite)



กรงทอง Company Code: 9612

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

 ค่าลงทะเบียนหลักสูตร รูปแบบ (Onsite) อัตรา 2,500.- บาท/ท่าน

การชำระเงิน

 ชำระเงิน ผ่านเคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาทั่วประเทศ รับเฉพาะเงินสด เท่านั้น สามารถชำระด้วยเงินสดและหักจากบัญชี ธนาคารกรุงไทย การลงทะเบียนจะเสร็จสิ้นสมบูรณ์ เมื่อชำระเงินแล้ว และไม่สามารถขอคืนเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการอบรมต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ 25 บาท ทั่วประเทศ

จำนวนเงินที่ชำระ..... บาท เจ้าหน้าที่ธนาคารที่รับชำระเงิน



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



กรงทอง

ส่วนของธนาคาร

วันที่.....



Company Code: 9612

สาขา.....

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรการประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก
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.....



ชำระเงินได้ตั้งแต่ วันที่ 21 มกราคม 2565

(Online)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน การประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก (รูปแบบ Online)



กรงไทย Company Code: 9650

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (Reference 1): - - - -

ชื่อสถานที่ทำงาน โปรดระบุจังหวัด (Reference 2):

หมายเลขโทรศัพท์ ที่ติดต่อได้ (Reference 3):

ค่าลงทะเบียน

 ค่าลงทะเบียนหลักสูตร รูปแบบ (Online) 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



กรงไทย

ส่วนของธนาคาร

วันที่.....

Company Code: 9650

ค่าลงทะเบียน หลักสูตรการประชุมวิชาการทันตกรรมเด็ก
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สาขา.....

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

ขั้นตอนการชำระเงินทาง Krungthai Next



1. เลือกเมนู
“จ่ายบิล”



2. ใส่เลข Code ชำระเงินที่
ช่องค้นหา
(ดู Company Code จากใบชำระเงิน)



3. ใส่หมายเลขอ้างอิง
3.1 เลขบัตรประชาชน
3.2 เบอร์โทรศัพท์ 10 หลัก
3.3 ใส่จำนวนค่าลงทะเบียน
หลักสูตรนั้น ๆ



4. ตรวจสอบความ
ถูกต้อง และกดยืนยัน

ขั้นตอนการชำระเงินผ่านตู้ ATM



1 สอดบัตร
ใส่รหัสบัตร ATM



2 เลือก
บริการอื่นๆ



3 เลือก
ชำระค่าบริการ



4 เลือก
ระบุรหัสบริษัท



5 เลือก
ประเภทบัญชีของท่าน

โปรดระบุรหัสบริษัทที่ต้องการชำระ กดถูกต้อง
9612 (Company Code)
โปรดใส่หมายเลขอ้างอิงที่ต้องการชำระ กดถูกต้อง
Ref.1 หมายเลขบัตรประชาชน.
Ref.2 เบอร์โทรศัพท์
โปรดระบุจำนวนเงินที่ต้องการชำระ กดถูกต้อง
2,500.00
ยกเลิก **ถูกต้อง**
ไม่ถูกต้อง

6 ระบุรหัสบริษัท หมายเลขอ้างอิง
(Ref. 1&2) โดยใส่จุดในระหว่าง
สองค่า และระบุจำนวนเงิน แล้วเลือก
"ถูกต้อง"

โปรดยืนยันการทำรายการของท่าน
ชื่อบริษัท : **9612** (Company Code)
หมายเลขอ้างอิง : Ref.1 (จุด) Ref.2
จำนวนเงินที่ต้องการชำระ : **2,500.00**

7 ตรวจสอบรายละเอียด
การเงินให้ถูกต้อง แล้วเลือก
ตอบ "ตกลง"

รายการของท่านเสร็จสมบูรณ์แล้ว
ท่านต้องการบริการอื่นอีกหรือไม่
ถ้าต้องการ
ถ้าไม่ต้องการ

8 เสร็จสิ้นขั้นตอนรายการ



9 ท่านจะได้รับ Slip ATM
เป็นหลักฐานอ้างอิง

หมายเหตุ

- รหัสบริษัทสามารถดูได้จากใบแจ้งชำระเงินค่าลงทะเบียน ตรง Company Code
- Ref.1 คือ หมายเลขบัตรประชาชนของผู้เข้าอบรม
- Ref.2 คือ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้เข้าอบรม