



ที่ ศธ ๐๔๑๑๔ /ว ๐๖๖๖

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ
อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ๑๙๐๐๐

มกราคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรม

เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษาในสังกัด ทุกโรงเรียน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงิน

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

ในการนี้ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ พิจารณาแล้วเห็นว่า การอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในสังกัด จึงขอเชิญบุคลากรที่ให้คำปรึกษาครอบครัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษเข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียน ๒,๔๐๐ บาท (สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๑๒๐ คน ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานประชุม พ.ศ. ๒๕๕๕ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว กรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนและส่งใบตอบรับเข้ารับการอบรมมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันทน์ หรือ นางสาวจริยา ตันจินดา กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โทร.๐๔๑๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๕๗ จนเต็มตามจำนวนที่กำหนด ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ทางสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายประมวล คุรุวรรณ)

รองผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ

กลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา

โทร. ๐๔๒ ๖๑๑๕๓๒/โทรสาร ๐๔๒ ๖๑๒๒๘๔

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
หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์หรือโทรสาร
(หมายเลขโทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันท์ หรือ คุณจริยา ตันจินดา กลุ่มภารกิจวิชาการ
ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ , ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๕๖๗๔

สถานที่ตั้ง กลุ่มภารกิจวิชาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

หมายเหตุ กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน



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

วันที่.....

กรุงไทย

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