



Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ 2173,2174/2567

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College <documentation@crc.ac.th>
ถึง: Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

22 พฤษภาคม 2568 เวลา 08:18

2173 อนุมัติ

2174 อนุมัติ

เอกสารแนบ 2 ฉบับ

 2173(11)แบบคำขอไปร่วมประชุม อ.หทัยารัญ.pdf
1573K

 2174(11)แบบคำขอไปร่วมประชุมญาติชฌาน์.pdf
1607K

หมัก อ.นันทพร, 1 ต่อหน้าพิมพ์


ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พ.ช. ๒๐๖ ๓๘๑ / ๒๕๖๔

๑๑ พ.ค. ๖๕



วิทยาลัยเชียงใหม่

แบบคำขอไปร่วมประชุม สัมมนา อบรม

ภาคเรียนที่ ..1... ปีการศึกษา...2568.....

วันที่ ๗ เดือน พ.ค. พ.ศ. 2568.....

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงใหม่
ที่ ๑๑๖๖(๓) / ๑๒๖๑
ว.ค.บ. ๑ พ.ค. 2568 เวลา ๐๘.๓๐
ผู้รับ อนุพั

ข้าพเจ้า...นางสาวหทัยวรัญ ศรีทอง..... ตำแหน่ง.....อาจารย์.....

สังกัด คณะ/สำนัก.....พยาบาลศาสตร์.....สาขาวิชา.....การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

มีความประสงค์จะขอไปร่วมกิจกรรม ดังนี้

- การสัมมนา การฝึกอบรม การประชุมเชิงวิชาการ การประชุมเชิงปฏิบัติ อื่นๆ.....
- เรื่อง...การพยาบาลเด็ก.....จัดโดย.....สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.....
- วันที่...16 - 20 มิถุนายน 2568..เวลา..8.00-16.00 น.....

สถานที่...Online.....

วัตถุประสงค์...พัฒนาทักษะ 1.การประเมินภาวะสุขภาพและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก
2. การป้องกันและฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสม

สิ่งที่คาดว่าจะได้รับ...ได้รับความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่ทันต่อความเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน
การขอร่วมประชุม สัมมนา อบรม ครั้งนี้ของข้าพเจ้าเป็นครั้งที่.....1..... ในปีการศึกษา.....2568.....โดย

- เป็นความประสงค์ของข้าพเจ้าเอง ได้รับมอบหมายจากวิทยาลัย
- อื่นๆ (ระบุ)..... (ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายนี้)

วงเงินค่าใช้จ่าย ค่าลงทะเบียน ไม่เสียค่าลงทะเบียน เสียค่าลงทะเบียน จำนวน...3,800.....บาท

การเดินทาง ขอใช้พาหนะของวิทยาลัย กรณีไม่มีพาหนะ ขอเบิกค่าใช้จ่าย

- ค่ารถไปกลับ จำนวน.....บาท
- ค่ารถ TAXI ไปกลับ จำนวน.....บาท
- ตามเกณฑ์ของวิทยาลัย จำนวน.....บาท
- ตามเกณฑ์ของวิทยาลัย จำนวน.....บาท
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....3,800.....บาท

เงิน อื่นๆ
ขอใช้พาหนะของวิทยาลัย
จำนวน 3,800 บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน)
วันที่ ๑๑/๕/๖๕

ลงชื่อ.....**หทัยวรัญ ศรีทอง**.....ผู้ขอ
(...นางสาวหทัยวรัญ ศรีทอง.....)

การพิจารณา

<p>ความเห็นหัวหน้ากลุ่มวิชา เสนอไปขอขออนุมัติ... ลงชื่อ.....สมณัญญา วิสา..... (..... ผศ. สมณัญญา วิสา.....)</p>	<p>ความเห็นรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ ลงชื่อ.....วิสา อนุพั..... (..... ผศ. วิสา อนุพั.....)</p>
<p>ความเห็นคณบดี ลงชื่อ.....อนุพั..... ผู้ช่วยศาสตราจารย์นริศรา ไคร์ศรี รักษาการรองคณบดีฝ่ายบริหาร</p>	<p>อธิการบดี <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทร์ จันทร์เจริญ) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>



ที่ สธ ๐๓๒๑/๑๘๖๘

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้ารับการอบรมเรื่อง “การพยาบาลเด็ก”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม ๒. ใบตอบรับเข้าร่วมอบรม ๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้น เรื่อง “การพยาบาลเด็ก” ครั้งที่ ๔๑ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก การป้องกันและฟื้นฟูสภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๘ ณ ห้องประชุมชั้น ๒๗ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาแล้วเห็นว่าการอบรมดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานของท่าน จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรม ภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รูปแบบ on-site จำนวน ๑๐๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) และรูปแบบ online จำนวน ๑๒๐ คน ค่าลงทะเบียนคนละ ๓,๘๐๐ บาท (สามพันแปดร้อยบาทถ้วน) ผู้เข้ารับการอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายได้จากหน่วยงานต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี สามารถดูรายละเอียดการลงทะเบียนได้ที่ QR-code แนบท้ายหรือ www.childrenhospital.go.th สอบถามการอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔ และอีเมล qsnich.training@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ
ขอแสดงความนับถือ



ดาวนโหลดเอกสาร

ศิริลักษณ์ นพ/ภ

(ผศ.พิเศษ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ เจนนุวัตร)

รักษาราชการแทน รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ ๒

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

งานถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม

โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๑๓ หรือ ๐๘๘ ๘๗๔ ๔๖๗๔

Email address: qsnich.training@gmail.com

แบบฟอร์มการตรวจสอบสิทธิการยื่นคำร้องขออบรม/ประชุมวิชาการ
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ชื่อ-นามสกุล อาจารย์หทัยวรัญ ศรีทอง ภาควิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

ขออนุมัติงบประมาณจำนวน 3,800 บาท

รายละเอียดการใช้งบประมาณสนับสนุน



วิทยาลัย 6,000 บาท/ท่าน/ปีการศึกษา

ปีการศึกษา..... 2568งบประมาณที่ใช้แล้ว..... -บาท คงเหลือ..... 6000บาท

เอกสารการอบรม/ประชุมวิชาการครั้งล่าสุด



ส่งสรุปรายงานการอบรม/ประชุมวิชาการครั้งล่าสุดเรียบร้อยแล้ว



ยังไม่ได้ส่งเอกสารสรุปรายงานการอบรมประชุมวิชาการ วันที่.....

เรื่อง.....

ผลตรวจสอบสิทธิ



ผ่าน



ไม่ผ่าน เหตุผล



ค้างสรุปรายงานการอบรม/ประชุมวิชาการ



งบประมาณ.....

หมายเหตุ.....

ผู้ตรวจสอบ..... งาม

(อนุชา อนุชา)

คณะกรรมการฝ่ายทรัพยากรมนุษย์