สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
รับที่ 3963
วันที่ 19 เม.ย. 2560
เวลา 13.45 น.

ที่ สธ ๐๓๑๘/ ๒๒๕๔

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๑๙ เมษายน ๒๕๖๐

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ 1269
วันที่ 19 เม.ย. 60 เวลา 14.52 น.
ผู้รับ

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (CBT for children and adolescents)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป / ผู้อำนวยการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการอบรม
๒. แบบตอบรับ
๓. ใบชำระเงิน

ด้วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (CBT for children and adolescents) ในระหว่างวันที่ ๒๔-๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมสยาม ๑,๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนความรู้ พัฒนาทักษะในการให้คำปรึกษาและการทำจิตบำบัดโดยใช้เทคนิคบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้เต็มศักยภาพ

ในการนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ขอเชิญกุมารแพทย์/ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา/ นักสังคมสงเคราะห์/ พยาบาล/ ทีมสหวิชาชีพที่ทำงานให้การปรึกษาและการบำบัดผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง/ ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง/ ผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย รวมทั้งผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านจิตสังคมอื่นๆ เข้ารับการอบรมโดยเสียค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๕๐๐ บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) รับสมัครจำนวน ๗๐ คน ผู้เข้าอบรมมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ จากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม ตามหนังสือที่ กค.๐๔๐๖.๔/ว ๔๑๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๕๕ ในกรณีผู้เข้ารับการอบรมชำระเงินแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ ทางสถาบันฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินทุกกรณี จึงขอความกรุณาชำระเงินค่าลงทะเบียนและส่งใบตอบรับมายังผู้ประสานงาน นางนงรัตน์ จันที หรือ นางสาวเพ็ญศิริ สายสุด ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม โทร.๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐ หรือ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘ ในวันและเวลาราชการ **ชำระเงินได้ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐** รับจำนวนจำกัดหากเต็มจำนวนแล้วขอสงวนสิทธิ์ปิดรับสมัคร ทั้งนี้สามารถดูรายละเอียดการอบรมได้ที่ www.childrenhospital-training.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรศักดิ์ โล่ห์จินดารัตน์)
รองผู้อำนวยการด้านวิชาการและการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศูนย์ถ่ายทอดความรู้และฝึกอบรม
กลุ่มภารกิจวิชาการ
โทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐, ๕๑๑๓ โทรสาร ๐๒ ๓๕๔ ๘๐๘๘
www.childrenhospital-training.com / E-mail: qsnich.training@gmail.com

กำหนดการอบรม

การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

(CBT for children and adolescents)

๒๔ – ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

วันจันทร์ ที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ : General Principle and Techniques of CBT

๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน และพิธีเปิด
๐๙.๐๐ - ๑๐.๑๕ น.	Introduction to CBT : โดย ผศ. นพ. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
๑๐.๑๕ – ๑๐.๓๐ น	อาหารว่าง
๑๐.๓๐ – ๑๑.๓๐ น.	การใช้ CBT ในการทำความเข้าใจวงจรปัญหาและวางแผนการรักษา (Case conceptualization: Transdiagnostic cognitive model & Treatment planning) : โดย พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๑.๓๐ – ๑๒.๐๐ น.	สาธิตปฏิบัติ (Demonstration) : โดย ทีมวิทยากร
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.	เทคนิคในการค้นหาและปรับเปลี่ยนความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบ (Cognitive Techniques: Cognitive restructuring / Socratic Questioning) : โดย ผศ. นพ. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
๑๔.๓๐ – ๑๖.๐๐	สาธิตและฝึกปฏิบัติ (Experiential exercise) : โดย ทีมวิทยากร

** หมายเหตุ : ช่วงบ่าย อาหารว่างระหว่างการอบรม

กำหนดการอบรม

การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

(CBT for children and adolescents)

๒๔ – ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

วันอังคาร ที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ : CBT for each emotional states

๐๙.๐๐ - ๐๙.๑๕ น.	สรุปการเรียนรู้จากวันแรก : โดย พญ. ถิรพร ตั้งจิตติพร จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๐๙.๑๕ - ๑๐.๑๕ น.	CBT for depression & suicidality - Understanding youth depression through the cognitive model : โดย นพ. ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
๑๐.๑๕ – ๑๐.๓๐ น.	อาหารว่าง
๑๐.๓๐ – ๑๑.๓๐ น.	CBT for anxiety - Understanding childhood anxiety disorders through the cognitive model : โดย พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	สาธิตปฏิบัติ (Demonstration) : โดย ทีมวิทยากร
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.	Behavior Techniques: เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบ - Behavior activation : โดย พญ. ถิรพร ตั้งจิตติพร - Problem solving skills : โดย นพ. ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล - Behavior Exposure & Experiment : โดย พญ. ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์
๑๔.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.	สาธิตและฝึกปฏิบัติ (Experiential exercise) : โดยทีมวิทยากร

** หมายเหตุ : ช่วงบ่าย อาหารว่างระหว่างการอบรม

กำหนดการอบรม
การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว
(CBT for children and adolescents)
๒๕ - ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐
ณ ห้องประชุมสยามฯ ๑-๒ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี

วันพุธที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ : CBT for mental health prevention: Application of CBT in various settings

๐๙.๐๐ – ๐๙.๑๕ น.	สรุปการเรียนรู้จากวันที่ ๒ : โดย พญ. ถิรพร ตั้งจิตติพร จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๐๙.๑๕ - ๑๐.๐๐ น.	CBT in school settings : โดย ผศ. นพ. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
๑๐.๐๐ – ๑๐.๑๕ น.	อาหารว่าง
๑๐.๑๕ – ๑๑.๐๐ น.	CBT in medical settings: Chronic illness/ non-adherence/ health anxiety : โดย พญ. ศิริรัตน์ อุฬารดินนท์ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๑๑.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.	Internet- based & on- line CBT for youth : โดย นพ. ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.	CBT สุข...ศึกษา: application of CBT workbook (โมโม่ ลิลลี่ จ๋อย) สาธิตและฝึกปฏิบัติ (Experiential exercise) : โดย ทีมวิทยากร

** หมายเหตุ : ช่วงบ่าย อาหารว่างระหว่างการอบรม

ใบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

ประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (CBT for children and adolescents)

วันที่ ๒๔ – ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ณ ห้องประชุมสยาม ๑,๒ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติฯ

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง/งานที่รับผิดชอบหลัก.....

เลขที่สมาชิก.....เลขที่ประกอบโรคศิลป์.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ที่อยู่.....

ตำบล / แขวง..... อำเภอ / เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

E-mail address .....

ประเภท ☐ โรงพยาบาลชุมชน ☐ โรงพยาบาลทั่วไป – ศูนย์ ☐ โรงพยาบาลเอกชน
☐ อื่นๆ.....

ค่าลงทะเบียน ○ ๔,๕๐๐ บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ออกใบเสร็จในนาม ○ นามบุคคล ○ อื่นๆ ระบุ .....

ประเภทอาหาร ○ ทั่วไป ○ อิสลาม ○ มังสวิรัติ ○ เจ ○ อื่นๆ ระบุ.....

การชำระเงิน ชำระเงินได้ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา โดยให้ใช้แบบฟอร์มชำระเงินที่แนบมา (ผู้ลงทะเบียนจะต้องชำระค่าธรรมเนียมรายการละ ๒๕ บาท)

การลงทะเบียน โปรดลงทะเบียนออนไลน์ ได้ที่ www.childrenhospital-training.com หรือกรอกข้อมูลในใบตอบรับส่งทางไปรษณีย์ หรือโทรสาร โทรสาร ๐๒-๓๕๔-๘๐๘๘ ตรวจสอบรายชื่อผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ www.childrenhospital-training.com (หลังจากชำระเงินแล้ว ๗ วัน)

ผู้ประสานงาน คุณนงรัตน์ จันที หรือ คุณเพ็ญศิริ สายสุด
กลุ่มภารกิจวิชาการ ชั้น ๑๑ อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๑๔๑๕ ต่อ ๕๑๒๐
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘๘-๘๗๔-๔๖๗๔

หมายเหตุ ๑. กรุณาเขียนตัวบรรจง หรือ พิมพ์ลงในใบตอบรับเพื่อไม่ผิดพลาดในใบลงทะเบียน
๒. ทางคณะผู้จัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์การคืนค่าลงทะเบียน กรณีที่ผู้ลงทะเบียนสมัครแล้วไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้

จ่ายเงินได้ตั้งแต่วันที่ 1 พ.ค.2560

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ใบแจ้งการชำระค่าลงทะเบียน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

(CBT for children and adolescents)

****

กรุงไทย Company Code: 9633

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

ชื่อสถานที่ทำงาน <u>**โปรดระบุจังหวัด**</u> (Reference 2): .....

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

<u>**ค่าลงทะเบียน**</u>

☐ ค่าลงทะเบียนหลักสูตร อัตรา 4,500.- บาท/ท่าน

<u>**การชำระเงิน**</u>

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

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

แบบฟอร์มการชำระเงินผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย **ส่วนของธนาคาร**

Company Code: 9633 **วันที่**.....

ค่าลงทะเบียน โครงการ (<u>ประชุมเชิงปฏิบัติการการบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว</u>) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สาขา.....

ชื่อ / นามสกุล ผู้เข้าอบรม .....

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

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

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

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

ลงชื่อผู้ชำระเงิน...../ โทรศัพท์ .....