



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๔๐ ๖๕๐๐ ต่อ ๒๕๖๔

ที่ สธ ๑๑๐๓.๑๒/๑๕๓

วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ตามที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ ได้รับมอบหมายจากคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ให้จัดโครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ การตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร และสนับสนุนการปฏิบัติงาน ของคณะพยาบาลศาสตร์ “ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ การตัดสินใจสำหรับผู้บริหารและสนับสนุนการปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ฐานข้อมูลด้านวิจัย ตำรา นวัตกรรม” ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๖ ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต จังหวัดกรุงเทพมหานคร นั้น

วิทยาลัยจึงขอเชิญ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบฐานข้อมูลด้านวิจัย ตำรา นวัตกรรมและผู้เกี่ยวข้อง วิทยาลัยละ ๒ ท่าน เข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว โดยเบิกค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าที่พัก และค่าพาหนะ จากงบประมาณต้นสังกัด และโปรดส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมที่ E-mail : sarabun@bcnnv.ac.th ภายในวันพฤหัสบดี ที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเข้าร่วมประชุมตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

(นางพเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ

รายละเอียดและสิ่งที่จะต้องเตรียมมาเข้าร่วมประชุม

- เครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพา (Note Book) อย่างน้อยวิทยาลัยละ ๑ เครื่อง

รายละเอียด ไฟล์/เอกสาร ที่ต้องเตรียมมาเข้าร่วมประชุม ดังนี้

- โครงร่างวิจัย (5 ปีย้อนหลัง)
- ทุนวิจัยภายใน/ทุนวิจัยภายนอก (5 ปีย้อนหลัง)
- หลักฐานการได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัย (5 ปีย้อนหลัง)
- หลักฐานการได้รับการตีพิมพ์ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ/บทความวิชาการ/ตำรา (ในประเทศ/
ต่างประเทศ) (5 ปีย้อนหลัง)
- โครงการผลิตนวัตกรรม/อนุสิทธิบัตร/การจดสิทธิบัตร/ลิขสิทธิ์ (5 ปีย้อนหลัง)
- การแบ่งสัดส่วนงบประมาณผู้วิจัย (5 ปีย้อนหลัง)
- ผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ/นวัตกรรมที่ได้รับรางวัล (5 ปีย้อนหลัง)
- ข้อมูลการนำผลงานไปใช้ประโยชน์ (5 ปีย้อนหลัง)

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการใช้ระบบสารสนเทศ
เพื่อการเรียนรู้ การตัดสินใจสำหรับผู้บริหารและสนับสนุนการปฏิบัติงาน
วิทยาลัยพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข
ฐานข้อมูลด้านวิจัย ตำรา นวัตกรรม
ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๖
ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ชื่อหน่วยงาน.....

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง..... E-mail :
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
๒. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
ตำแหน่ง..... E-mail :
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

การเข้าร่วมประชุม

- ☐ สามารถเข้าร่วมประชุมได้
- ☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

ประเภทอาหาร

- ☐ อาหารทั่วไป จำนวน คน
- ☐ อาหารอิสลาม จำนวน คน
- ☐ อื่นๆ..... จำนวน คน

หมายเหตุ : โปรดส่งแบบตอบรับภายในวันพฤหัสบดี ที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sarabun@bcnnv.ac.th

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

เรื่อง “โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ การตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร และสนับสนุนการปฏิบัติงาน ของ คณะพยาบาลศาสตร์

กิจกรรมที่ ๔ ประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและใช้ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ การตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร และสนับสนุนการปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ณ ห้องประชุมโรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ

ระหว่างวันที่ 9-10 มีนาคม 2566

ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,450.- บาท รวมอาหารเช้า 1 ท่าน

ห้องพักคู่ ราคา 1,800.- บาท รวมอาหารเช้า 2 ท่าน

เสริมเตียง ราคา 1,000.-บาท รวมอาหารเช้า 1 ท่าน

เงื่อนไขการชำระเงิน

เพื่อเป็นการยืนยันการจองห้องพัก กรุณาโอนเงินค่าห้องพักให้ทางโรงแรม พร้อมส่งแบบฟอร์มการโอนเงิน

กรุณาส่งเอกสารการจองและการโอนเงินค่าที่พัก ภายในวันที่ 2 มีนาคม 2566 หรือจนกว่าห้องจะเต็มก่อน

โดยมีรายละเอียดการโอนเงิน ดังนี้

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาลำลูกกา
ชื่อบัญชี บริษัท ดอนเมืองอินเตอร์เนชั่นแนลแอร์พอร์ตโฮเต็ล จำกัด
บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 311-3-00567-0

****กรุณาสำรองห้องพักโดยตรงที่โรงแรมอมารี ดอนเมือง กรุงเทพฯ โดยส่งแบบฟอร์มทางอีเมลล์****

ถึง คุณมยุรา สุภะคุต 02-566-1020 หรือ 088-220 9669

Email: mayura.p@amari.com *หมายเหตุ ไม่รับจองทางโทรศัพท์ *****

- โรงแรมขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าห้องพักทั้งสิ้นไม่ว่ากรณีใดๆ
- กรณีที่ผู้เข้าพักต้องการยกเลิกการใช้ห้องพัก ผู้เข้าพักต้องส่งโทรสารเพื่อยืนยันการยกเลิกห้องพัก 7 วันล่วงหน้าด้วยตนเอง มิฉะนั้นทางโรงแรมฯ จำเป็นต้องขอเก็บเงินจากท่านหรือหน่วยงานต้นสังกัดตามจำนวนที่จองไว้กับทางโรงแรม
- กรุณาแสดงบัตรประจำตัวพนักงานในเวลาที่ใช้เข้าพัก

รายละเอียดผู้เข้าพัก (จะยืนยันการจองต่อเมื่อได้รับการโอนเงินแล้วเท่านั้น)

ชื่อผู้เข้าพัก 1..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

2..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ของจองห้องพักวันที่เวลาเข้าพัก 14.00 น.

ถึงวันที่เวลาที่ออก 12.00 น.

ห้องเดี่ยว (คืนละ 1,450 บาท) จำนวนห้อง รวม.....คืน

ห้องคู่ (คืนละ 1,800 บาท) จำนวน.....ห้อง รวม.....คืน

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (โปรดระบุโดยละเอียด)

โทรศัพท์ โทรสาร