

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1).....411000001031.....

เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

หัวข้อเรื่อง

การอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “The Essential Blocks for Daily Clinical Practice” ครั้งที่ 3

☐ รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 8-12 กรกฎาคม 2562

☐ รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 22-26 กรกฎาคม 2562

อัตราค่าลงทะเบียน

☐ วิทยุณิแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลของภาครัฐ > ท่านละ 18,000 บาท

☐ วิทยุณิแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลของภาคเอกชน > ท่านละ 25,000 บาท

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words :

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

*กรุณาส่งสำเนาการชำระเงินมาที่โทรสาร. 02-201-2607

หรือส่งทาง E-mail : academic.rama@gmail.com



ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี” คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY



ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1)411000001031.....

เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์