

**ใบลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม**  
**เรื่อง "Antimicrobial susceptibility testing and interpretation"**  
**ระหว่างวันที่ 20-22 เมษายน 2554**  
**ณ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา**  
**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_  
ที่ทำงาน \_\_\_\_\_  
สถานที่ติดต่อ \_\_\_\_\_  
เลขที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ แขวง \_\_\_\_\_  
เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
โทร \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**อัตราค่าลงทะเบียน**

ท่านละ 3,000 บาท (ไม่รวมอาหารกลางวัน)

**วิธีการชำระค่าลงทะเบียน**

1. เงินสด ชำระเงินได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ธนาคัติ สั่งจ่าย ปณ.สามเสนใน 10400 ในนาม "นางพรพรรณ ลิ้มปญฺ์" งานบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400
3. โอนเงิน ชื่อบัญชี "ศูนย์การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี" บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-4-23465-3 (กรุณาส่งสำเนาการโอนเงินแนบมาพร้อมกับใบลงทะเบียนนี้ด้วย)
4. เช็คสั่งจ่ายในนาม "ศูนย์การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี"  
[ ] เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....  
กรุณาส่งสำเนาการโอนเงินแนบมาพร้อมกับใบลงทะเบียนนี้ด้วย

**หมายเหตุ** เนื่องจากมีข้อจำกัดของบางประการ จึงขออนุญาตงดรับเช็คส่วนตัว

<p><b>สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :</b> คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณกัณฐภณี กอดแก้ว และคุณสุรพรรณ ตุ่มเพ็ชร งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400 โทร. 02-201-2193, 02-2012607 โทรสาร 02-2012607</p>
---