

ใบลงทะเบียนเข้าร่วมอบรม
เรื่อง "Identification of non-ferment Gram negative bacilli" รุ่นที่ 2
ระหว่างวันที่ 21-23 กันยายน 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

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