

แบบฟอร์มลงทะเบียน Clinical Research Coordinator (CRC) Program 2011

ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี (ระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม – 16 มิถุนายน 2554 เวลา 17.00-19.00 น.)

ชั้น 8 ห้อง 812 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

(กรุณาเขียนตัวบรรจง เพื่อความถูกต้องในการออกใบสำคัญรับเงิน)

**1. ลงทะเบียน**

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.) \_\_\_\_\_

วุฒิการศึกษาสูงสุด \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

ตำแหน่งทางวิชาการ \_\_\_\_\_

สถาบัน ที่อยู่ (สำหรับติดต่อและส่งเอกสาร) \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_ โทรสาร \_\_\_\_\_

โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**2. อัตราค่าลงทะเบียน คนละ 10,000 บาท (รวมอาหารเย็นและเอกสาร)**

**3. วิธีการชำระค่าลงทะเบียน**

- เงินสด ชำระเงินได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณ.สามเสนใน 10400 ในนาม "นางพรพรรณ ลิ้มปญฺ์ทัย"  
งานบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400
- โอนเงิน ชื่อบัญชี “ศูนย์การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี”  
บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-423465-3  
พร้อมส่งสำเนาโอนเงินโดยโทรสารหมายเลข 02-201-2607 หรือ 02-201-1284
- เช็คสั่งจ่ายในนาม “ศูนย์การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี”  
เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....

- หมายเหตุ - เนื่องจากมีข้อขัดข้องบางประการ จึงขออนุญาตงดรับเช็คส่วนตัว
- การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินแล้ว

สอบถามรายละเอียดและสำรองที่นั่ง:

คุณพรราวเดือน สารเวช, คุณศิริลักษณ์ อ้อทอง, คุณจรรยาณี เครืออ่อน  
กลุ่มสาขาวิชาหลักสูตรระดับปริญญา

โทรศัพท์ 02-201-1284, 02-201-1269 โทรสาร 02-201-1284

... หรือ ...

คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณสุรพรรณ ตุ่มเพชร, คุณกัณฐมณี กอดแก้ว  
งานบริการวิชาการ

โทรศัพท์ 02-201-1542 ต่อ 125 , 118, 112, 02-201-2607 โทรสาร 02-201-2607