

ใบลงทะเบียนการประชุมวิชาการ

Ramathibodi Hospital : 1st International Hand-On Workshop of Vascular Anastomosis

วันที่ 10 ตุลาคม 2550

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 5

ชื่อ _____ นามสกุล _____

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ (CME) _____

ที่ทำงาน _____

สถานที่ติดต่อ _____

เลขที่ _____ ถนน _____ แขวง _____

เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

* การประชุมครั้งนี้สามารถเก็บ Credit การศึกษาต่อเนื่องได้ *

อัตราค่าลงทะเบียน

ค่าลงทะเบียนท่านละ 1,000 บาท

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

1. เงินสด ชำระเงินได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. ธนาคาร 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.....

- หมายเหตุ - เนื่องจากมีข้อขัดข้องบางประการ จึงขออนุญาตรับเช็คส่วนตัว
- ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด
 - การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินแล้ว

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :

คุณพรพรรณ ลิ้มปญฺ์, คุณรจนา บุญเลิศกุล และคุณสุรพรรณ คุ่มเพ็ชร
งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร.02-201-1541, 02-201-1542, 02-201-2193, 02-201-2607 โทรสาร.02-201-1542