

**ใบลงทะเบียนเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ**  
**เรื่อง "การดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงพยาบาล"**  
**ระหว่างวันที่ 24-25 สิงหาคม 2552**  
**ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์**  
**คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

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

**อัตราค่าลงทะเบียน**

ท่านละ 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

**วิธีการชำระค่าลงทะเบียน**

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

**หมายเหตุ** เนื่องจากมีข้อขัดข้องบางประการ จึงขออนุญาตงดรับเช็คส่วนตัว

**สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :**

คุณพรพรรณ ลิ้มปญฺ์ทัย, คุณจรณา บุญเลิศกุล, คุณพรพรรณ กอดแก้ว และคุณสุพรรณ ตุ่มเพ็ชร  
งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400  
โทร. 02-201-1542, 02-201-2193, 02-2012607 โทรสาร 02-201-1542, 02-2012607