

ใบลงทะเบียนเข้าร่วมอบรมวิชาการ
Ramathibodi Clinical Medicine Pearl 2006
เรื่อง "Pitfall in Medical Practice"

วันที่ 7-11 สิงหาคม 2549
ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 5
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชื่อ _____ นามสกุล _____
เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ (เฉพาะแพทย์เพื่อรับ CME) _____
ที่ทำงาน _____
สถานที่ติดต่อ _____
เลขที่ _____ ถนน _____ แขวง _____
เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
โทร _____

* การประชุมครั้งนี้สามารถเก็บ Credit การศึกษาต่อเนื่องได้ 28 Credit

ชำระค่าลงทะเบียน - ก่อน 15 กรกฎาคม 2549 ท่านละ 2,500 บาท
- หลัง 15 กรกฎาคม 2549 ท่านละ 3,000 บาท

เฉพาะ วันที่ 10-11 สิงหาคม 2549
- ก่อน 15 กรกฎาคม 2549 ท่านละ 1,500 บาท
- หลัง 15 กรกฎาคม 2549 ท่านละ 2,000 บาท

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

- เช็คสั่งจ่ายในนาม "ศูนย์การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี"
[] เช็คนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ "ศูนย์การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี"
ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-4-23465-3
- ชานาดี
ปณ. สามเสนใน 10400 ในนามคุณพรพรรณ ลิ้มปทุมทัย
งานบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กทม.10400
กรุณาส่งสำเนาการโอนเงินแนบมาพร้อมกับใบลงทะเบียนนี้ด้วย

หมายเหตุ เนื่องจากมีข้อขัดข้องบางประการ จึงขออนุญาตงดรับเช็คส่วนตัว

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :

คุณพรพรรณ ลิ้มปทุมทัย หรือ คุณรจนา บุญเลิศกุล
งานบริการวิชาการและวิจัย ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 5 ห้อง 509
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400
โทร. 02-201-1541, 02-201-1542, 02-201-2193 โทรสาร 02-201-1542