

แบบฟอร์มลงทะเบียน Systematic reviews & Meta-analysis

ระหว่างวันที่ 29-31 มีนาคม 2554

ณ ห้องประชุม 2 สำนักงานวิจัย ชั้น 3 อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

(กรุณาเขียนตัวบรรจง)

1. ลงทะเบียน

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.) _____

วุฒิการศึกษาสูงสุด _____

สาขา _____

ตำแหน่งทางวิชาการ _____

สถาบัน ที่อยู่ (สำหรับติดต่อและส่งเอกสาร) _____

โทรศัพท์ _____

โทรสาร _____

โทรศัพท์มือถือ _____

Email _____

2. อัตราค่าลงทะเบียน คนละ 7,000 บาท (รวมอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเอกสาร)

3. วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

- ☐ เงินสด ชำระเงินได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ☐ ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณ.สามแสนใน 10400 ในนาม "นางพรพรรณ ลิ้มปญฺ์"
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

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม :

คุณพรวดีเดือน สารเวช, คุณศิริลักษณ์ อ้อทอง

กลุ่มสาขาวิชาหลักสูตรระดับปริญญา

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

... หรือ ...

คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณสุพรรณ ตุ่มเพชร, คุณกัณฐมณี กอดแก้ว

งานบริการวิชาการ

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