

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

**น.ส.กัณฐมณี กอดแก้ว**

งานบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

โทรศัพท์ 0-2201-2193, 0-2201-1542

โทรสาร 0-2201-2607

\*\*\*ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจ สามารถเข้าร่วมการอบรมได้โดยไม่ต้องเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

**A.M.I.**<sup>®</sup>

การอบรมเชิงปฏิบัติการ

**First Workshop on**



ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอเรียนเชิญแพทย์และพยาบาลผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ

# The Self-Anchoring Adjustable Transobturator Male System (ATOMS)

For Treatment of Urinary Incontinence in Men



**Inventor and Creator of ATOMS**

Dr.med.Wilhelm Bauer, F.E.B.U.  
Senior Physician for Urology,  
Department of Urology,  
Krankenhaus Göttlicher Heiland,  
Vienna

**วันพฤหัสบดีที่ 12 มีนาคม 2558**

**เวลา 07.30-15.00 น.**

ณ ห้องประชุมท่านผู้หญิงวิระยา ชกุล อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

ค่าลงทะเบียน **500 บาท** (รับจำนวน 20 ท่าน)  
กรุณาลงทะเบียนล่วงหน้าในวันและเวลาราชการ

ลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่  
<http://academic.ra.mahidol.ac.th>



# The Self-Anchoring Adjustable Transobturator Male System (ATOMS)

For Treatment of Urinary Incontinence in Men

## Program:

07.30-08.00 Registration

08.00-08.10 **Welcome and Opening Remarks**

อ.นพ.สาธิต กรณศ  
หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

08.10-08.55 **The Self-Anchoring Transobturator Male Sling in Male Urinary Incontinence**

Dr. Wilhelm Bauer

09.30-15.00 **Live-Demonstrations 2-3 Cases**

Dr. Wilhelm Bauer  
รศ.นพ.สมพล เพ็ญพงศ์โกศล  
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

10.15-10.30 Tea Break

12.00-13.00 Lunch

13.00-15.00 **Hands-on the Model**

## แบบฟอร์มลงทะเบียน

### The Self-Anchoring Adjustable Transobturator Male System (ATOMS)

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....

นามสกุล .....

ยศ/ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) .....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ .....

ที่ทำงาน .....

สถานที่ติดต่อได้สะดวก .....

เลขที่ ..... หมู่บ้าน ..... ซอย .....

ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....

E-mail .....

ค่าลงทะเบียน 500 บาท (รับจำนวน 20 ท่าน)  
กรุณาลงทะเบียนล่วงหน้าในวันและเวลาดำเนินการ

### วิธีการชำระเงิน

- เงินสด ชำระได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ใบนำฝาก บัญชี "เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี" คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
Deposit Slip for Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University  
บัญชีกระแสสรายวัน ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-3-04247-7  
(สามารถดาวน์โหลดใบนำฝากสำหรับชำระค่าลงทะเบียนได้ที่: <http://academic.ra.mahidol.ac.th>)
- ธนาคารดี ส่งจ่าย ปณ. สามเสนใน 10400 ในนาม "นางสาวณัฐรัตน์ จิรัชยาปกรณ์" งานบริการวิชาการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

หมายเหตุ: 1. สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://academic.ra.mahidol.ac.th>  
2. ขอสงวนสิทธิ์ในการไม่คืนเงินค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น



ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

A.M.I.®