

ใบลงทะเบียนเข้าร่วมฝึกอบรม
เรื่อง การตรวจวินิจฉัยศาสตร์ซีเมียทางห้องปฏิบัติการ
หัวข้อย่อย “การตรวจกรองเบื้องต้นและ Hb typing
ณ ห้องปฏิบัติการวินิจฉัยโรคเลือด หน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กรุณาเลือกรุ่นการอบรม

- รุ่นที่ 1 ระหว่างวันที่ 6-8 มิถุนายน 2555
- รุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 11-13 กรกฎาคม 2555

ชื่อ _____ นามสกุล _____

ที่ทำงาน _____

สถานที่ติดต่อ _____

เลขที่ _____ ถนน _____ แขวง _____

เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทร _____ E-mail _____

อัตราค่าลงทะเบียน

ท่านละ 3,000 บาท (ไม่รวมอาหารกลางวัน)

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

- เงินสด ชำระเงินได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ธนาคาร สั่งจ่าย ปณ.สามเสนใน 10400 ในนาม "นางสาวณัฐกัญต์วัน จิรัชยาปกรณ" 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 :

คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณกัณฐกมล กอดแก้ว และคุณสุพรรณ ตุ่มเพชร
งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400
โทร. 02-201-1542, 02-201-2193, 02-2012258 โทรสาร 02-2012607