

ใบสมัครลงทะเบียนอบรม **Logistic regression**

ระหว่างวันที่ 3-4 ธันวาคม 2555 เวลา 09.00 – 16.00 น.

ณ ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ชั้น 3 ห้อง 317

อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กรุณาระบุ ชื่อ-ที่อยู่ให้ชัดเจน เพื่อความถูกต้องในการออกไปเสร็จ

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.) _____

วุฒิการศึกษาสูงสุด _____

สาขา _____

ตำแหน่ง _____

สถานที่ทำงาน (ภาควิชา/หน่วยงาน) _____

เลขที่ _____

อาคาร _____

ชั้น _____

ห้อง _____

ถนน _____

แขวง _____

เขต _____

จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____

โทรสาร _____

โทรศัพท์มือถือ _____

E-mail _____

อัตราค่าลงทะเบียน : รายวิชาละ 6,000 บาท

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

- เงินสด ชำระเงินได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 - ธนาคาร สังกัด ปณ.สามเสนใน 10400 ในนาม " นางณัฐรัตน์ จิรัชยาปกรณ์ "
 - โอนเงิน ชื่อบัญชี "ศูนย์การประจําวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี" บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขา รามาธิบดี เลขที่บัญชี 026-4-23465-3 (กรุณาส่งสำเนาการโอนเงินแนบมาพร้อมกับใบลงทะเบียนนี้ด้วย)
 - เช็คสั่งจ่ายในนาม "ศูนย์การประจําวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี"
- [] เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....

- หมายเหตุ
- เนื่องจากมีข้อขัดข้องบางประการ จึงขออนุญาตงดรับเช็คส่วนตัว
 - ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด
 - การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินแล้ว

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม หรือส่ง Fax สำรองที่นี้ :

กลุ่มสาขาโรคระบาดวิทยาคลินิกและชีวสถิติ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 3 ห้อง 350

คุณพรราวเดือน สารเวช, คุณจรรยาณี เครืออ่อน, คุณวิภาดา ปุระวัฒน์

prawduen.sar@mahidol.ac.th; janyanee.kru@mahidol.ac.th; wipada.pura@hotmail.com

โทรศัพท์ 02-201-1284, 02-2011269 โทรสาร 02-201-1284

หรือ

งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1

คุณจรรยาณี นุญเลิศกุล, คุณสุพรรณิณี ตุ่มเพ็ชร์, คุณพรพรรณ กอดแก้ว

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400

โทร. 02-201-2193, 201-1542 โทรสาร 02-201-2607