

ใบสมัครลงทะเบียนการอบรมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง “Medical Microbiology : practical approach”
ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 กันยายน 2557
ณ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา ชั้น 3 อาคาร 1
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

กรุณาระบุ ชื่อ-ที่อยู่ให้ชัดเจน

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)

สถานที่ทำงาน

เลขที่ อาคาร ชั้น ห้อง

ถนน แขวง เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

โทรศัพท์มือถือ E-mail

เนื้อหาหลักสูตร

- ☐ Aerebic bacteria and antimicrobial susceptibility test (รหัส AA)
☐ Mycobacteria (รหัส MB)
☐ Medical myco;ogy (yeast and mould) (รหัส MM)

อัตราค่าลงทะเบียน

รหัสหัวข้อ	ค่าลงทะเบียน (ท่านละ 3,000 บาท / เรื่อง / สัปดาห์)			
	1 สัปดาห์	2 สัปดาห์	3 สัปดาห์	4 สัปดาห์
AA	✓	✓	✓	✓
MB	X	✓	✓	✓
MM	X	✓	✓	✓

หมายเหตุ : - X ไม่เปิดการฝึกอบรมในระยเวลานั้น
- สัปดาห์ = 5 วันทำการปกติ (ไม่นับรวมวันหยุดราชการ)
- ภาคเช้า 9.00 – 12.00 น. ภาคบ่าย 13.00 – 15.00 น.

วันที่ประสงค์เข้าอบรม.....เดือน.....พ.ศ. 2557

วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

- เงินสด ชำระเงินได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ธนาคาร สั่งจ่าย ปณ สามเสนใน 10400 ในนาม "นางสาวณัฏฐ์ตะวัน จิรัชยาปกรณ์"
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.....

หมายเหตุ - เนื่องจากมีข้อขัดข้องบางประการ จึงขออนุญาตงดรับเช็คส่วนตัว
- ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด
- การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินแล้ว

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :

คุณเปรมศักดิ์ ผ่องจิตร,คุณรจนา บุญเลิศกุล,คุณสุพรรณ คุ้มเพชร,คุณกันฐมณี กอดแก้ว
งานบริการวิชาการ อาคารบำบัดนำเสีย ชั้น 3
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ 270 ถนนพระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400
โทร. 02-201-1542, 02-201-2606 โทรสาร 02-201-2607