

ใบลงทะเบียนการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “Medical Microbiology : practical approach”

ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 30 กันยายน 2559

ณ ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา ภาควิชาพยาธิวิทยา ชั้น 3 อาคาร 1

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

1.ลงทะเบียน (กรณารับ ชื่อ-ที่อยู่ให้ชัดเจน)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ(CMTE)..... ข้อจำกัดด้านอาหาร (มังสวิรัต / อิสลาม / ปกติ)

สถานที่ทำงาน เลขที่

อาคาร..... 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)

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

- หมายเหตุ :
- X ไม่เปิดการจัดอบรมในระบเวลานั้น
 - หลักสูตรMB และMM ต้องเข้าอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์
 - สัปดาห์ = 5 วันทำการปกติ จ-ศ (ไม่นับรวมวันหยุดราชการ)
 - ภาคเช้า 9.00 – 12.00 น. ภาคบ่าย 13.00 – 15.00 น.

ประสงค์เข้าอบรม วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2559

2. อัตราค่าลงทะเบียน 3,000 บาท /สัปดาห์

3. วิธีการชำระค่าลงทะเบียน

- เงินสด ชำระเงินได้ที่งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ธนาคาร สั่งจ่าย ปณ.สามแสนใน 10400 ในนาม "นางณัฏฐ์รัตน์ จิรัชยาพรณ์" งานบริการวิชาการ
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 270 ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กทม. 10400
- โอนเงิน ชื่อบัญชี “เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี” บัญชีกระแสรายวัน ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี
เลขที่บัญชี 026-3-04247-7 พร้อมส่งสำเนาการชำระเงินเงินทางโทรสารที่หมายเลข 02-201-2607
- เช็คสั่งจ่ายในนาม “ศูนย์การประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี”
เช็คธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม หรือส่ง Fax :

งานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 1

คุณกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล, คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณกัณฐ์ณณิ กอดแก้ว

โทรศัพท์ 02-201-2193, 02-201-1542 โทรสาร 02-201-2607