

ใบสมัครเข้าร่วมประชุม Radiology Buffet: Yes You Can !!!

วันเสาร์ที่ 21 มกราคม 2560 และวันอาทิตย์ที่ 22 มกราคม 2560

ชื่อ ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ นพ. ☐ พญ.นามสกุล.....

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ (เฉพาะแพทย์เพื่อรับ CME)

ที่ทำงาน

สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อ.....เลขที่ถนน

แขวงเขตจังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทร.E – mail

อัตราค่าลงทะเบียน

- ☐ รังสีแพทย์ และแพทย์สาขาอื่นๆ (ลงทะเบียน 2 วัน) 4,000 บาท
- ☐ รังสีแพทย์ และแพทย์สาขาอื่น (ลงทะเบียน 1 วัน) 2,800 บาท
- ☐ แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด (อัตราเดียว) 2,500 บาท
- ☐ อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน/แพทย์ประจำบ้านต่อยอด ภาควิชารังสีวิทยา รพ.รามาธิบดี ไม่เสียค่าใช้จ่าย