



ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Academic Affairs Convention Center and Management of Ramathibodi Hospital

Academic Affairs Convention Center and Management

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๘๘๕๓

10/๑๕
10 กค ๖1

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ 8780
วันที่ 06 สค 2561
เวลา.....น.

๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรฯ
เลขที่รับ 172๐
วันที่ 6 สค ๖1
เวลา 15.10 น.

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับ จำนวน ๑ แผ่น
๒. ใบ Pay in จำนวน ๑ ชุด

ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๑ เรื่อง เสริมพลังอดีตพร้อมขึ้นอนาคต "Power of the Past-Force of the Future" ระหว่างวันที่ ๕ - ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๙๑๐ABC ชั้น ๙ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามธิบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล นั้น

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า การจัดประชุมวิชาการดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์, พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมประชุมวิชาการดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียนดังนี้

การลงทะเบียน	ก่อน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑		หลัง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑	
	แพทย์	พยาบาล	แพทย์	พยาบาล
Lecture	๒,๐๐๐	๑,๕๐๐	๓,๐๐๐	๒,๐๐๐
Workshop (อัตราค่าลงทะเบียน Workshop ละ)	๒,๐๐๐	-	๓,๐๐๐	-

อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจกรณการออกรายละเอียดใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๑ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี หรือ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณธนาภรณ์ฤทธิกุล, คุณกัญจุมณี กอดแก้ว โทร. ๐๒-๒๐๑๑-๒๑๘๓, ๐๒-๒๐๑๑-๑๕๕๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การประชุมให้บุคลากรในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียนนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดกระบี่
- ส่งใบสมัคร
- ผังแผนผังพื้นที่ของเวที ๓๐๖ มหาลัย
9 ที่ สนท. ใน ลัง กัด ทราบต่อไป
๗ สค ๖1
= 7 สค 2561
ทรงศิริ (พิมพ์)

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุกพรพรรณ วิลัยกุล)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

(Signature)
นายแพทย์วิชาญการพิเศษ วิชาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการศูนย์ฯ (ฝ่ายการอบรมป้องกัน)



ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี "เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี" คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....
รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1).....41100000945.....
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

หัวข้อเรื่อง

การประชุมวิชาการประจำปี 2561 เรื่อง "เสริมพลังอดีตพร้อมขึ้นอนาคต" "Power of the Past-Force of the Future"
ระหว่างวันที่ 5-7 พฤศจิกายน 2561

การลงทะเบียน	ก่อน 30 กันยายน 2561		หลัง 30 กันยายน 2561	
	แพทย์	พยาบาล	แพทย์	พยาบาล
Lecture	<input type="checkbox"/> 2,000	<input type="checkbox"/> 1,500	<input type="checkbox"/> 3,000	<input type="checkbox"/> 2,000
Workshop (อัตราค่าลงทะเบียนหัวข้อละ)	<input type="checkbox"/> 2,000	-	<input type="checkbox"/> 3,000	-

กรุณาเลือกหัวข้อ Workshop : 1. MFM 2. RH 3. REI 4. ONCO

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words :

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

*กรุณาส่งสำเนาการชำระเงินมาที่โทรสาร. 02-201-2607

หรือส่งทาง E-mail : academic.rama@gmail.com

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี "เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี" คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....
รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1)41100000945.....
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

เช็ค/Cheque

เงินสด / Cash

ชื่อธนาคาร-สาขา/ Bank-Branch	หมายเลขเช็ค/ Cheque No.	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words		

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by.....โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์