



# ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
Academic Affairs Convention Center and Management of Ramathibodi Hospital

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๕๗๑๕

๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้ารับการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับ จำนวน ๑ แผ่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่  
เลขที่รับ ๘๙๕๖  
วันที่ ๒๙ ส.ค. ๒๕๖๑  
เวลา.....น.

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล  
เลขที่รับ ๒/๘๘-๒  
วันที่ 30.๘๗-6/  
เวลา 14:57

ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี จะจัดการประชุมวิชาการ 5<sup>th</sup> Annual Ramathibodi Anesthesia Conference (5<sup>th</sup> ARAC) เรื่อง “Update in Basics and Advanced Anesthesia 2018 and Airways management and Hemodynamic monitoring workshop” ระหว่างวันที่ ๖-๗ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม 910ABC ชั้น ๕ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าประชุมเพิ่มพูนความรู้พื้นฐานและพัฒนาทักษะใหม่ในการให้บริการทางวิสัญญีวิทยา นั้น

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดประชุมทางวิชาการดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อวิสัญญีแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด วิสัญญีพยาบาล และแพทย์ผู้สนใจ จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียนดังนี้

- อัตราค่าลงทะเบียน
- ก่อนวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๑ ค่าลงทะเบียน ๒,๕๐๐ บาท
  - หลังวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๑ ค่าลงทะเบียน ๓,๐๐๐ บาท

อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้อยู่ในดุลพินิจและอำนาจการอนุมัติของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด ผู้สนใจกรุณากรอกรายละเอียดใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๑ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี หรือ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณกัมมธมณี กอดแก้ว, คุณกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล โทร. ๐๒-๒๐๑-๑๕๔๒, ๐๒-๒๐๑-๒๑๕๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การประชุมให้บุคลากรในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด  
- เพื่อโปรดทราบ  
- เห็นควรประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายศุภศักดิ์ ชัยนภกร,  
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

พงศวี  
30 ส.ค. 61

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสฤกษ์พรณี วิไลลักษณ์) ๓๑ ส.ค. ๒๕๖๑  
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่แทน  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี





## 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).....41100000966.....

เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

### หัวข้อเรื่อง

อบรมเชิงปฏิบัติการ 5<sup>th</sup> Annual Ramathibodi Anesthesia Conference (5<sup>th</sup> ARAC)

เรื่อง "Update in Basics and Advanced Anesthesia 2018 and Airways management and Hemodynamic monitoring workshop"

ระหว่างวันที่ 6-7 ตุลาคม 2561

### อัตราค่าลงทะเบียน

ลงทะเบียนก่อนวันที่ 15 กันยายน 2561 ค่าลงทะเบียน 2,500 บาท

ลงทะเบียนหลังวันที่ 15 กันยายน 2561 ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท

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

## ส่วนที่ 2 : สำหรับธนาคาร

(โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียมจากผู้ชำระเงิน)

## 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) .....41100000966.....

เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

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

หมายเหตุ \*ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

\*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์