

น.จ.น. ๒๓  
ม.จ.๕๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ ๕๓๑๔
วันที่ ๒๔.เม.ย. ๒๕๖๑
.....



ที่ สธ ๐๒๐๕.๑๑/๒๗๗

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๐๐๐๐

๑๗ เมษายน ๒๕๖๑

กลุ่มงานเวชระเบียน
เลขที่รับ ๖๔๓
วันที่ ๒๕ เม.ย ๒๕๖๑
๑๕.๐๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมวิชาการครบรอบ ๕๐ ปี แพทยสภา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๑๑

อ้างถึง หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๑๙/ว๑๐๙๗ ลงวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๑

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุมวิชาการครบรอบ ๕๐ ปี แพทยสภา จำนวน ๑ ชุด
- ๒. แบบฟอร์มการลงทะเบียน จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
แจ้งประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการครบรอบ ๕๐ ปี แพทยสภา ในระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑  
ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม ชั้น ๒ เมืองทองธานี นั้น

ในการนี้ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๑ จึงขอประชาสัมพันธ์การ  
ประชุมวิชาการครบรอบ ๕๐ ปี แพทยสภา โดยลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ [www.๕๐yearstmc.com](http://www.๕๐yearstmc.com) กรณีลงทะเบียน  
ก่อนวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ค่าทะเบียน ๕๐๐ บาท หากลงทะเบียนหลังวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑  
ค่าทะเบียน ๖๐๐ บาท และโอนเข้าบัญชี "ประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา" เลขที่ ๑๔๒ ๒ ๒๕๒๖๘๒  
บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข โดยค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายต่างๆ เบิกจาก  
หน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการประชาสัมพันธ์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุดม ภู่วโรดม)  
สาธารณสุขนิเทศก์ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ครบ  
๑๑๑ ๑๑. ๑๑๑๑๑ ๑๑๑๑

(นายอภิชัย ลิมานนท์)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๑  
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๒๕๖๕  
โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๒๕๖๘



# การประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา แบบฟอร์มลงทะเบียน

แพทยสภา ชั้น 7 อาคาร 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนวิภาวดีรังสิต อ่างทองมือง กรุงเทพฯ 11000  
โทร ประชาสัมพันธ์ 02 590 1896 โทรสาร 02 591 8614-5 E-mail: 50years.tmc@gmail.com

Code:

Part I

อาชีพ  แพทย์  พยาบาล  ยศทางทหาร \_\_\_\_\_  อื่นๆ \_\_\_\_\_  
 คำนำหน้านาม  ศ.  รศ.  อ.ศ.  ดร.  นพ.  ทญ.  นาย  นาง  นางสาว  
 ชื่อ: \_\_\_\_\_ นามสกุล: \_\_\_\_\_  
 First name: \_\_\_\_\_ Family name: \_\_\_\_\_  
 เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ: \_\_\_\_\_  
 โรงพยาบาล: \_\_\_\_\_ หน่วยงาน/แผนก: \_\_\_\_\_  
 โทร: \_\_\_\_\_ แฟกซ์: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_ อาหาร:  หักไป  อีลตาม  มังสวิรัต  
 ออกใบเสร็จรับเงินในนาม: \_\_\_\_\_ เลขที่ผู้เสียภาษี (ถ้ามี) \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ: \_\_\_\_\_

Part II

ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา	<input type="checkbox"/> 500 บาท	<input type="checkbox"/> 600 บาท
เข้าร่วมประชุมวันที่ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 20 มิถุนายน 2561	<input type="checkbox"/> 21 มิถุนายน 2561
	<input type="checkbox"/> 22 มิถุนายน 2561	_____ บาท

ค่าลงทะเบียนรวม ป้ายชื่อ อาหารกลางวัน อาหารว่าง และเอกสารการประชุมในรูปแบบสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์  
 ทั้งนี้ นิสิตนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน อาจารย์ที่ดูแลนิสิต และนักศึกษาระหว่างการประชุม ได้รับการยกเว้นค่าลงทะเบียน โดย  
 ท่านสามารถแจ้งความประสงค์กับทางคณะแพทยศาสตร์หรือหน่วยงานต้นสังกัดของท่านทราบ และขอให้คณะหรือหน่วยงานจัดทำจดหมายพร้อมส่ง  
 รายชื่อของท่าน มาถึง สำนักงานเลขานุการแพทยสภา ก่อนวันที่ 1 เมษายน 2561

Part

กรุณาโอนเงินค่าลงทะเบียนได้ที่  
 ชื่อบัญชี "ประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา"  
 เลขที่บัญชี 142-0-25268-2  
 บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย  
 สาขา กระทรวงสาธารณสุข - ทิวานนท์

และกรุณาฝาก / E-mail ใบโอนเงินค่าลงทะเบียนมายังสำนักงานเลขานุการ เพื่อยืนยันการลงทะเบียน ทางสำนักงานส่งเอกสารยืนยันการ  
 ลงทะเบียนทาง E-mail ของท่านตามที่แจ้งไว้ หลังจากยอดเงินของท่านได้รับการอนุมัติจากฝ่ายบัญชีเรียบร้อยแล้ว