



ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Academic Affairs Convention Center and Management of Ramathibodi Hospital

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๕๕๙๙

๒๖ เมษายน ๒๕๖๑

พท ๒๐

๒๖ พท ๒๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่
เลขที่รับ..... 5136
วันที่..... 15 พ.ค. 2561
เวลา.....

เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้ารับการประชุมวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข

กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรฯ
เลขที่รับ..... 767
วันที่..... (15 พท ๒๑)
เวลา..... 15:30

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

ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี จะจัดการอบรมระยะสั้นหลักสูตรนิติเวชศาสตร์ และกฎหมายทางการแพทย์สำหรับภูมิภาค ประจำปี ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๙๑๐ C อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถตรวจชันสูตรศพคดี ณ ที่เกิดเหตุได้อย่างถูกต้อง เข้าใจและสามารถจำแนกบาดแผลต่างๆ บาดแผลจากกระสุนปืนและวัตถุระเบิดชนิดต่างๆ ได้ รวมทั้งสามารถตรวจผู้ป่วยคดีและให้ความเห็นในใบชันสูตรบาดแผลผู้ป่วยคดีได้ถูกต้อง

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดอบรมระยะสั้นดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางสาธารณสุขทั่วประเทศที่สนใจ จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมอบรมระยะสั้นดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียน ดังนี้

ภายในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ท่านละ ๓,๐๐๐ บาท

หลังวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ท่านละ ๓,๕๐๐ บาท

อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้อยู่ในดุลพินิจและอำนาจการอนุมัติของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด ผู้สนใจกรุณากรอรายละเอียดใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๑ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี หรือ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวรจนา บุญเลิศกุล, นางสาวกัญฐมณี กอดแก้ว, นางสาวปิยะตา ลิ้มปทุมัย โทร. ๐๒-๒๐๑-๒๑๙๓, ๐๒-๒๐๑-๑๕๔๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การอบรมให้บุคลากร ในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ให้ พท. พงษ์เทพ ภาณุพงศ์ หัวหน้าศูนย์ฯ

-เพื่อโปรดพิจารณา ขอแสดงความนับถือ

-มอบหมายให้ พท. พงษ์เทพ ภาณุพงศ์ ไป

๑๖ พท (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุกพรพรรณ วิไลลักษณ์)

พท / ๒๐๒๕

16. พท ๒๑

(นางประภาพรพรรณ สิทธิเวช)

15 พท ๒๑) รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดีฝ่ายวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ศึกษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

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).....41100000926.....
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

หัวข้อเรื่อง	จำนวนเงิน (บาท)
การอบรมระยะสั้นหลักสูตรนิติเวชศาสตร์และกฎหมายทางการแพทย์สำหรับภูมิภาค ประจำปี 2561 ระหว่างวันที่ 15 - 17 สิงหาคม 2561	
อัตราค่าลงทะเบียน <input type="checkbox"/> ชำระเงินภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2561 ท่านละ 3,000 บาท <input type="checkbox"/> ชำระเงินหลังวันที่ 15 กรกฎาคม 2561 ท่านละ 3,500 บาท	
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words :	

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

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท *กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์
*กรุณาส่งสำเนาการชำระเงินมาที่ โทรสาร. 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)41100000926.....
เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

ชื่อธนาคาร-สาขา/ Bank-Branch	หมายเลขเช็ค/ Cheque No.	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เช็ค/Cheque		
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash		
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words		

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

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท *กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์