

แบบลงทะเบียนการประชุมวิชาการครั้งที่ 5

29 ปีปลูกถ่ายไขกระดูกรามธิบดี

The 5th Ramathibodi Stem Cell Transplantation Conference

ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ อาคารศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ ชั้น 5 โรงพยาบาลรามธิบดี

1. คำนำหน้าชื่อ นพ./ พญ./ พว./ ภก./ นาย/ นาง/ น.ส.

Title Prof/ Dr/ Mr/ Mrs/ Ms/ Miss

ชื่อ-นามสกุลภาษาไทย

First Name-Last name

2. Specialty แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด

เภสัชกร พยาบาล นักศึกษา อื่นๆ ระบุ.....

3. ตำแหน่งทางวิชาการ

ไม่มี อาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์

รองศาสตราจารย์ ศาสตราจารย์ อื่นๆ

4. เลขใบประกอบวิชาชีพ (เพื่อยื่นคะแนน CME)

5. หน่วยงานที่สังกัด/ กรม / กอง/ สำนัก/ ฝ่าย

6. อัตราค่าลงทะเบียน (โปรดระบุ)

แพทย์ 1,000 บาท บุคลากรทางการแพทย์ 500 บาท

บุคลากรภายในคณะ ฯ ลงทะเบียนฟรี

ชื่อบัญชี "ม.มหิตล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี"

บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามธิบดี เลขที่บัญชี 026-211222-9

7. ชื่อ-ที่อยู่เพื่อออกใบเสร็จค่าลงทะเบียน

.....

..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... มือถือ.....

เลขที่ผู้เสียภาษี

E-mail Address

*****กรุณาส่งแบบลงทะเบียนกลับมา ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2561*****

ศูนย์มะเร็ง อาคารบำบัดน้ำเสีย ชั้น 3

โทรศัพท์ 02-201-2682/02-201-0049 โทรสาร 02-201-2682

E-mail: cancercenter.rama@gmail.com คุณจันทร์เพ็ญ ปรีดี/ คุณพิสมัย ศรีนาคา