



APPLICATION FORM

The 6th Ramathibodi Training Course in Cosmetic Dermatology

October 16-18, 2017

DIVISION OF DERMATOLOGY, FACULTY OF MEDICINE

RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

270 RAMA VI ROAD, RATCHATHEWI, BANGKOK 10400 THAILAND

E-MAIL: skin1465@hotmail.com

(กรุณาเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจน)

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) เพศ: [] ชาย [] หญิง

ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน :

เบอร์โทรศัพท์.....แฟกซ์.....E-mail

คุณวุฒิการศึกษา: [] M.D. [] SPECIALIST (PLEASE SPECIFY) :

อัตราค่าลงทะเบียน (สำหรับคนไทย) :

บรรยาย

[] การลงทะเบียนล่วงหน้า (ชำระก่อนวันที่ ๒๕ ก.ย. ๒๕๖๐) ๔,๐๐๐ บาท

[] การลงทะเบียนภายหลัง (ชำระหลังวันที่ ๒๕ ก.ย. ๒๕๖๐) ๖,๐๐๐ บาท

บรรยาย + การสาธิตสด (รับจำนวนจำกัดเพียง ๖๐ ท่าน)

[] การลงทะเบียนล่วงหน้า (ชำระก่อนวันที่ ๒๕ ก.ย. ๒๕๖๐) ๑๒,๐๐๐ บาท

[] การลงทะเบียนภายหลัง (ชำระหลังวันที่ ๒๕ ก.ย. ๒๕๖๐) ๑๕,๐๐๐ บาท

วิธีการชำระเงิน : โดยการโอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์

ธนาคาร: ไทยพาณิชย์

สาขา: ราชินี (บัญชีออมทรัพย์)

ชื่อบัญชี: หน่วยโรคผิวหนัง

เลขที่บัญชี: ๐๒๖-๒๕๔๔๔๔๕-๘

สามารถส่งใบสมัคร และ ส่งหลักฐานการโอนเงิน ได้ที่ E-mail skin1465@hotmail.com แฟกซ์ ๐๒-๒๐๑-๑๒๑๑

ติดต่อ: คุณณัฐนิชา หรือ คุณวีณา

ลายเซ็น

(.....)

วันที่ / /