

ใบสมัคร

โครงการอบรมแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ หลักสูตร 2 เดือน ปีงบประมาณ 2553

ระหว่างวันที่ 31 พฤษภาคม - 23 กรกฎาคม 2553

ณ ห้องประชุมเพชรภิรมย์ ชั้น 7 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ข้อมูลผู้สมัคร

- ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ).....
- ใบอนุญาตที่ กรุณานำสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ให้ผู้จัดในวันแรก
ของการอบรม)
- ตำแหน่งงาน.....
- สถานที่ทำงานปัจจุบัน.....
ซึ่งเป็น โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป
 โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน
 คลินิกส่วนตัว สถานประกอบการ
- ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก.....
.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....
E-mail.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ รับสมัครจำกัด จำนวนไม่เกิน 50 คน

รายละเอียดค่าลงทะเบียน จำนวน 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

ในกรณียกเลิกการลงทะเบียน ผู้จัดการอบรมสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินค่าลงทะเบียน 2,000 บาท

- โอนเงินผ่านธนาคารกรุงศรีอยุธยา สาขาซอย เดอะมอลล์บางกะปิ ในนาม นางวรรณฯ จงจิตรไพศาล

บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 449-1-12650-5 เมื่อโอนเงินเสร็จแล้ว แจ้งเอกสารการชำระเงิน (Payinslip)

กลับมาที่หมายเลข 02-517-4270-9 ต่อ 1659

กรุณาส่งใบสมัคร ภายในวันที่ 30 เมษายน 2553

● ทางโทรสารหมายเลข 02-5174270-9 ต่อ 1659

● ทางไปรษณีย์เจ้าหน้าที่ของ เรียน กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ฯ

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 679 ถนนรามอินทรา แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพฯ 10230