

แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง อัลตราซาวด์เพื่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับแพทย์ทั่วไป รุ่นที่ 12

ในวันที่ 19 - 20 ตุลาคม พ.ศ. 2559

ณ โรงแรมอวานี ขอนแก่น โฮเทล แอนด์คอนเวนชันเซ็นเตอร์ (เซ็นทารา เดิม)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....อายุ.....ปี

ปีที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ.....เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....สังกัด.....

เบอร์สำนักงาน.....เบอร์แฟกซ์.....เบอร์มือถือ.....

E-mail

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความประสงค์ของท่าน

เข้าร่วมโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง อัลตราซาวด์เพื่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับแพทย์ทั่วไป

ในวันที่ 19-20 ตุลาคม พ.ศ. 2559

ไม่สามารถเข้าร่วมได้ในครั้งนี้ โปรดส่งรายละเอียดการฝึกอบรมในครั้งต่อไปให้ข้าพเจ้า

ลงชื่อ

(ผู้บังคับบัญชา)

(.....)

ตำแหน่ง

เงื่อนไขการสมัคร

1. ผู้ร่วมอบรมต้องเข้าร่วมการอบรม ครบตามระยะเวลาที่กำหนด
2. ผู้ร่วมอบรมจะต้องจัดหาที่พักและรับผิดชอบค่าที่พัก ค่าเดินทางเอง
3. ผู้ร่วมอบรมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน
4. กรุณาส่งแบบตอบรับ ทาง e-mail : preeda_jun@yahoo.com หรือ pannipa.DJML@gmail.com
5. ก่อนเข้าวันอบรม 1 สัปดาห์เจ้าหน้าที่จะประสานยืนยันการเข้าร่วมที่เบอร์โทร.ของแต่ละท่านอีกครั้ง

(รับสมัครจำนวนจำกัด ปิดรับสมัครเมื่อมีผู้สมัครเต็มจำนวน)