

แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง อัลตราซาวด์เพื่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับแพทย์ทั่วไป

รุ่นที่ 14

ในวันที่ 18-19 มกราคม พ.ศ. 2560

ณ ห้องประชุม โรงแรมอำนวยการ จังหวัดขอนแก่น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....อายุ.....ปี

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

จังหวัด.....เบอร์สำนักงาน.....เบอร์แฟกซ์.....

เบอร์มือถือ.....E-mail

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความประสงค์ของท่าน

เข้าร่วมโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง อัลตราซาวด์เพื่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับแพทย์ทั่วไป
ในวันที่ 18-19 มกราคม พ.ศ. 2560

ไม่สามารถเข้าร่วมได้ในครั้งนี้ โปรดส่งรายละเอียดการฝึกอบรมในครั้งต่อไปให้ข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

(.....)

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

(ปิดรับสมัครเมื่อมีผู้สมัครเต็มจำนวน)