**แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม**

โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องอัลตราซาวด์เพื่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับแพทย์ทั่วไป

รุ่นที่ 2/2562

ในวันที่ 4 - 5 เมษายน พ.ศ. 2562

ณ โรงแรมอวานี ขอนแก่น โฮเทล แอนด์ คอนเวนชั่น เซ็นเตอร์

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง**

ข้าพเจ้า(พญ. นพ.)....................................................................ตำแหน่ง...............................................อายุ.............ปี

ปีที่จบแพทยศาสตร์บัณฑิต พ.ศ...............เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ....................สังกัด รพ..........................................

จังหวัด...........................................เบอร์สำนักงาน...........................................เบอร์แฟกซ์..........................................เบอร์มือถือ....................................E-mail ของผู้เข้าอบรม...........................................................................................

โปรดทำเครื่องหมาย **🗸**ในช่องที่ตรงกับความประสงค์ของท่าน

🖵 เข้าร่วมโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง อัลตร้าซาวด์เพื่อการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีสำหรับแพทย์ทั่วไป

ในวันที่ 4 - 5 เมษายน พ.ศ. 2562

🖵 ไม่สามารถเข้าร่วมได้ในครั้งนี้ โปรดส่งรายละเอียดการฝึกอบรมในครั้งต่อไปให้ข้าพเจ้า

ลงชื่อ................................................................(ผู้สมัคร)

(.................................................................)

ลงชื่อ.................................................................(ผู้บังคับบัญชา)

(.................................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

**เงื่อนไขการสมัคร**

1. ผู้ร่วมอบรมต้องเข้าร่วมการอบรม ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

2. ผู้ร่วมอบรมต้องรับผิดชอบจัดหาที่พัก ค่าที่พัก และค่าเดินทางเอง

3. ผู้ร่วมอบรมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน

4. กรุณาส่งแบบตอบรับ ทาง e-mail : preeda\_jun@yahoo.com

**(รับสมัครจำนวน 60 คน ปิดรับสมัครเมื่อมีผู้สมัครเต็มจำนวน)**