

(รับ)



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
รับเลขที่ 4869
วันที่ ๑๗ เม.ย. ๒๕๖๑
เวลา 16.20 น

ที่ สธ ๐๒๑๘/ว ๗๐๙๗

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๖ เมษายน ๒๕๖๑

กรมพยาบาลบุคคล
เลขที่ 1234
๑๗ เม.ย. ๒๕๖๑
๑๗/๑๐/๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา จำนวน ๑ ชุด
- ๒. แบบฟอร์มการลงทะเบียน จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่ แพทยสภาจัดประชุมวิชาการครบรอบ ๕๐ ปี แพทยสภา เพื่อเป็นการเฉลิมฉลอง
ในโอกาสพิเศษ กำหนดการประชุมระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม ชั้น ๒
เมืองทองธานี การประชุมประกอบด้วยการบรรยาย/อภิปรายวิชาการเกี่ยวกับเวชปฏิบัติที่เหมาะสม กฎหมาย
เกี่ยวกับการประกอบอาชีพที่จะลดความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้อง มาตรฐานเวลาการทำงาน ภาวะฉุกเฉินภายใน
โรงพยาบาล และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและประชาชน นั้น

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข ขอประชาสัมพันธ์
มายังหน่วยงานของท่านแจ้งบุคลากรที่สนใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการฯ ดังกล่าว ลงทะเบียนออนไลน์
ได้ที่ www.50yearstmc.com ค่าลงทะเบียน ๕๐๐ บาท ต้องลงทะเบียนก่อนวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑
หากลงทะเบียนหลังจากวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ค่าลงทะเบียน ๖๐๐ บาท โอนเงินค่าลงทะเบียน ชื่อบัญชี
“ประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา” เลขที่ ๑๔๒ ๒ ๒๕๒๖๘๒ บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย
สาขากระทรวงสาธารณสุข โดยค่าลงทะเบียน และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เก็บจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายกำจัด รามผล)

หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข

ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน นางพลอยรัตน์ พวงชมพู และ นางสาวนงนุช เกียรติผลไพบูลย์

โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๘๘๖, ๐๘๙-๙๖๖-๙๐๐๐ โทรสาร ๐๒-๕๙๐๓๖-๕๙๔๕, ๐๘๕-๖๘๕-๙๐๐๙

โพ



การประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา

แบบฟอร์มลงทะเบียน

แพทยสภา ชั้น 7 อาคาร 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000
โทร ประชาสัมพันธ์ 02 590 1886 โทรสาร 02 591 8614-5 E-mail: 50years.tmc@gmail.com

Code:

Part I

อาชีพ แพทย์ พยาบาล ยศทางทหาร _____ อื่นๆ _____

คำนำหน้านาม ศ. รศ. ผศ. ดร. นพ. พญ. นาย นาง นางสาว

ชื่อ: นามสกุล:

First name: Family name:

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ:

โรงพยาบาล: หน่วยงาน/แผนก:

โทร: แฟกซ์:

E-mail: อาหาร: หั้วไป อิสลาม มังสวิรัติ

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม: เลขที่ผู้เสียภาษี (ถ้ามี) _____

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ:

Part II

ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา	<input type="checkbox"/> 500 บาท	<input type="checkbox"/> 600 บาท	
เข้าร่วมประชุมวันที่ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	<input type="checkbox"/> 20 มิถุนายน 2561	<input type="checkbox"/> 21 มิถุนายน 2561	<input type="checkbox"/> 22 มิถุนายน 2561
			_____ บาท

ค่าลงทะเบียนรวม ป้ายชื่อ อาหารกลางวัน อาหารว่าง และเอกสารการประชุมในรูปแบบสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์
 ทั้งนี้ นิสิต/นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน อาจารย์ที่ดูแลนิสิต และนักศึกษาระหว่างการประชุม ได้รับการยกเว้นค่าลงทะเบียน โดย
 ท่านสามารถแจ้งความประสงค์กับทางคณะแพทยศาสตร์หรือหน่วยงานต้นสังกัดของท่านทราบ และขอให้คณะหรือหน่วยงานจัดทำจดหมายพร้อมส่ง
 รายชื่อของท่าน มายัง สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา ก่อนวันที่ 1 เมษายน 2561

Part

กรุณาโอนเงินค่าลงทะเบียนได้ที่
 ชื่อบัญชี “ประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา”
 เลขที่บัญชี 142-0-25268-2
 บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย
 สาขา กระทรวงสาธารณสุข - ติวานนท์

และกรุณาแฟกซ์ / E-mail ใบโอนเงินค่าลงทะเบียนมายังสำนักงานเลขานุการ เพื่อยืนยันการลงทะเบียน ทางสำนักงานจะส่งเอกสารยืนยันการลงทะเบียนทาง E-mail ของท่านตามที่แจ้งไว้ หลังจากยอดเงินของท่านได้รับการอนุมัติจากฝ่ายบัญชีเรียบร้อยแล้ว