

ใบสมัครเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง

Update Skin, Wound, Ostomy and Enterocutaneous Fistula Care

วันที่ 21-23 พฤษภาคม 2556

ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ
- ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มังสวิรัติ

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ

Email Address

- มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (3) เลขที่ 026-446724-8 จำนวนเงิน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) (ค่าลงทะเบียนรวมอาหารว่าง อาหารกลางวัน และเอกสารการประชุม) รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด.....คน เป็นเงินจำนวน.....บาท หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมได้อีก
- **ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด**

- ขอให้บอกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้เข้าร่วม หน่วยงาน(โปรดระบุ).....
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

- กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งโทรสาร ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารไปที่ หมายเลขโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐาน ที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608
 - ท่านจะได้รับการตอบรับเข้าร่วมประชุม โดยทางอินเทอร์เน็ตตามลำดับการสมัครของผู้สมัครเข้าร่วม ซึ่งสามารถตรวจสอบลำดับที่ และรายชื่อได้ที่ <http://nursing.mahidol.ac.th/CNER> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
 - รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าร่วมประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าร่วมได้อีก
 - ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน
- หมายเหตุ** หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608