



แบบฟอร์มลงทะเบียนการประชุมวิชาการ “ความรู้ทางด้านบูรณาการ”
สำหรับแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ชั้นปีที่ 2
ระหว่างวันที่ 26 - 27 มีนาคม 2554

ณ ห้องประชุม 230/1 อาคารแพทย์พัฒนา คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า นายแพทย์ แพทย์หญิง

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ปีที่ 2

สถาบัน

โทรศัพท์ e-mail :

มีความประสงค์ลงทะเบียนประชุมวิชาการ “ความรู้บูรณาการ” พร้อมกันนี้ได้ชำระค่าลงทะเบียน จำนวน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) โดยมีรายละเอียดการชำระเงินดังนี้

- เงินสด
- เช็คสั่งจ่าย “ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย”
- โอนผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 016-2-28070-8 ชื่อ บัญชี “ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย” และส่งสำเนาใบนำฝากมายังราชวิทยาลัยฯ ทางโทรสารหมายเลข 0-2718-1652

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ / /

โปรดกรอกแบบฟอร์มนี้แล้วส่งให้ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ทางโทรสารหมายเลข 0-2718-1652

**** ภายในวันที่ 18 มีนาคม 2554 ****