



สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย
THAI ASSOCIATION FOR EMERGENCY MEDICINE

ที่ สวณท ๓๕๕ / ๒๕๕๓

สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แห่งประเทศไทย
สำนักงานชั่วคราว เลขที่ ๒ อาคารศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร”
รพ.ราชวิถี เขตราชเทวี กทม. ๑๐๔๐๐

๓๐ เมษายน ๒๕๕๓

เรื่อง การตอบรับเข้าร่วมประชุมฯ และขอเลื่อนการประชุมวิชาการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ ๑
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ตามที่..... บุคลากรในสังกัดของท่านได้แจ้งความประสงค์เข้าร่วมประชุมวิชาการแพทย์ฉุกเฉิน
ครั้งที่ ๑ ในหัวข้อ "Future of Pre-hospital and Emergency Care" ระหว่างวันที่ ๑๓ – ๑๗ มีนาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุม
ชั้น ๑๑ อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี นั้น

คณะกรรมการสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยขอขอบพระคุณท่านที่อนุญาติให้บุคลากรเข้าร่วมการประชุม
วิชาการฯ ในครั้งนี้ และยินดีต้อนรับบุคลากรของท่านเข้าร่วมการประชุมวิชาการฯ ครั้งนี้ แต่เนื่องจากมีเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมือง
เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครในระหว่างวันที่ ๑๒-๑๕ มีนาคม ๒๕๕๓ และสถานที่ชุมนุมจะอยู่ใกล้กับสถานที่จัดประชุมฯ ครั้งนี้ สมาคมเวช
ศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย จึงขอเลื่อนการประชุมวิชาการฯ ครั้งนี้ ไปจัดระหว่างวันที่ ๒๐-๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๓ ควบคู่กับการประชุม
วิชาการประจำปีของสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ครั้งที่ ๑๒ ส่วนรายละเอียดเพิ่มเติมจะแจ้งผ่านทาง www.taem.or.th ให้
ทราบต่อไป และขอให้บุคลากรในสังกัดของท่าน เลือกแนวทางการดำเนินการตามที่ต้องการดังต่อไปนี้

๑. นำเอกสารแนบท้ายนี้ไปติดต่อเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ ในวันลงทะเบียนของการประชุมวิชาการฯ ครั้งที่ ๑๒ ถ้าต้องการร่วม
ประชุมวิชาการในวันที่กำหนดใหม่ และหากข้อมูลของท่านไม่ถูกต้องกรุณาแจ้งให้ผู้ประสานงานทราบโดยด่วน เพื่อ
ดำเนินการแก้ไขต่อไป
๒. นำเอกสารแนบท้ายนี้ติดต่อไปยังเจ้าหน้าที่ของสมาคมฯ เพื่อคืนค่าลงทะเบียนด้วยวิธีการตามที่ท่านได้แจ้งมาในใบปฏิเสธ
การเข้าร่วมประชุมวิชาการในวันที่กำหนดใหม่ข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์สันต์ หัตถิรัตน์)

นายกสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย
ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ
สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ผู้ประสานงานสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ (คุณโสฬสสิริ เทคนะโยธิน)

โทรศัพท์. ๐-๒๓๕๔-๘๒๒๓ , ๐๘๑-๓๕๐๗๖๓๔ , โทรสาร. ๐-๒๓๕๔-๘๒๒๔

E-mail: sorossiri_109@hotmail.com



สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย
THAI ASSOCIATION FOR EMERGENCY MEDICINE

แบบตอบรับการลงทะเบียน ประชุมวิชาการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ ๑

"Future of Pre-hospital and Emergency Care"

วันที่ ๒๐ - ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุมชั้น ๔ อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

ชื่อ-สกุล
เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ
ตำแหน่ง
หน่วยงาน
จังหวัด

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ๑. ลงทะเบียน | <input type="checkbox"/> ๒. รับกระเป๋าเอกสาร |
| <input type="checkbox"/> ๓. รับบัตรอาหาร | <input type="checkbox"/> ๔. รับใบเสร็จ |
| <input type="checkbox"/> ๕. รับวุฒิบัตร | |

โปรดนำมายื่นในวันลงทะเบียน

ใบปฏิเสธรกรเข้าร่วมประชุมวิชาการฯ ในวันที่กำหนดใหม่วันที่ ๒๐-๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๓

ชื่อ-สกุล เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....
ตำแหน่ง หน่วยงาน

ขอรับเงินคืนผ่านทาง

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ๑. บัญชีธนาคาร..... ประเภทสาขา.....
เลขที่..... ชื่อบัญชี..... |
| <input type="checkbox"/> ๒. ธนาณัติ <input type="checkbox"/> ๓. รับคืนด้วยตนเอง |