

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉินเชียงใหม่ประจำปี 2558 ครั้งที่ 1
Chiangmai Conference of Emergency Medicine: CCEM2015 (FAST TRACK: New Vision for Mission Nowadays)
วันที่ 10-11 สิงหาคม 2558 ณ ห้องประชุมชั้น 2 อาคารเรียนรวม 50 ปี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นพ./พญ./นาย/นาง/นางสาว/.....	ชื่อ:	สกุล:
ข้อมูลผู้ร่วมการประชุม	☐ แพทย์ (เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ.....)	
	☐ แพทย์ใช้ทุน (ปีที่ 1 / 2 / 3) ☐ แพทย์ประจำบ้าน(ปีที่ 1 / 2 / 3) ☐ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ☐ แพทย์สาขาอื่นๆ (ระบุ.....)	
	☐ พยาบาล (เลขที่สมาชิกสภาการพยาบาล.....)	
	☐ เวชกิจฉุกเฉิน ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)	
สถานที่ติดต่อ	ชื่อหน่วยงาน / สถานที่ทำงาน:	
	ที่อยู่:	
	อำเภอ:	จังหวัด:
	โทรศัพท์:	มือถือ:
E-mail:		
อาหาร: ☐ ทวีป ☐ มังสวิรัติ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ (ระบุ.....)		
ค่าลงทะเบียน	☐ ร่วมประชุมวิชาการ (วันที่ 11 สิงหาคม 2558)	☐ ชำระก่อนวันที่ 31 กรกฎาคม 2558 (ท่านละ 1,000 บาท) ☐ ชำระหลังวันที่ 31 กรกฎาคม 2558 (ท่านละ 1,200 บาท)
	☐ ร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ Emergency Ultrasound for GP (วันที่ 10 สิงหาคม 2558)	☐ ท่านละ 1,500 บาท
การชำระเงิน	☐ โอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์: ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ เชียงใหม่ ชื่อบัญชี “เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่” เลขที่บัญชี 566-494957-3	
	☐ เช็คสั่งจ่าย: โดย.....	
	ออกใบเสร็จรับเงิน*ในนาม:.....	
	ที่อยู่: ☐ ตามที่อยู่ด้านบน	
(*กรุณารับใบเสร็จหน่วยงานประชุม)		
ส่งหลักฐานการชำระเงินทาง: ☐ โทรสาร: 053-947-796 ☐ E-mail: CCEM.CMU@gmail.com		

หมายเหตุ:

1. กรุณาส่งแบบตอบรับและเอกสารหลักฐานการโอนเงินทาง
 - โทรสาร: 053-947-796 หรือ E-mail: CCEM.CMU@gmail.com
 - ท่านจะได้รับการยืนยันการลงทะเบียนทาง E-mail ภายใน 3 วัน หลังจากส่งใบสมัคร-พร้อมหลักฐานการโอนเงิน
 - หากไม่ได้รับการยืนยันกรุณาติดต่อ คุณธมลวรรณ สายแก้ว โทร. 095-4719130
2. กรุณาเก็บหลักฐานการโอนเงิน (ตัวจริง) ไว้ เพื่อยืนยันการชำระเงินจนกว่าจะสิ้นสุดการประชุม
3. คณะผู้จัดการประชุมไม่สามารถคืนเงินค่าลงทะเบียนให้ท่านได้ในทุกกรณี
4. ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อผู้ที่ได้รับการยืนยันการลงทะเบียนได้ที่ <http://1drv.ms/1Mjqvar>