สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
เลขรับ ๑๔๐๙๗
วันที่ ๒๐ เม.ย. ๒๕๖๑
เวลา

ที่ สธ ๐๒๑๙/ว ๑๐๙๗

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๖ เมษายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

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

ตามที่ แพทยสภาจัดประชุมวิชาการครบรอบ ๕๐ ปี แพทยสภา เพื่อเป็นการเฉลิมฉลองในโอกาสพิเศษ กำหนดการประชุมระหว่างวันที่ ๒๐ – ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม ชั้น ๒ เมืองทองธานี การประชุมประกอบด้วยการบรรยาย/อภิปรายวิชาการเกี่ยวกับเวชปฏิบัติที่เหมาะสม กฎหมายเกี่ยวกับการประกอบอาชีพที่จะลดความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้อง มาตรฐานเวลาการทำงาน ภาวะฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและประชาชน นั้น

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข ขอประชาสัมพันธ์มายังหน่วยงานของท่านแจ้งบุคลากรที่สนใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการฯ ดังกล่าว ลงทะเบียนออนไลล์ได้ที่ 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 เบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายกำจัด รามกุล)
หัวหน้าสำนักวิชาการสาธารณสุข
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน นางพลอยรัตน์ พวงชมพู และ นางสาวสุธารส เลิศผลไพบูลย์
โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๘๘๖, ๐๘๙-๕๓๐-๑๑๑๒, ๐๘๔-๖๓๖-๒๘๔๕, ๐๘๕-๖๘๕-๙๐๐๙

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: ☐ ทั่วไป ☐ อิสลาม ☐ มังสวิรัติ

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม: ..... เลขที่ผู้เสียภาษี (ถ้ามี) _____

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ: .....

Part II

ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา	☐ 500 บาท	☐ 600 บาท
เข้าร่วมประชุมวันที่ *(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)* ☐ 20 มิถุนายน 2561 ☐ 21 มิถุนายน 2561 ☐ 22 มิถุนายน 2561		
		_____ บาท

***ค่าลงทะเบียนรวม** ป้ายชื่อ อาหารกลางวัน อาหารว่าง และเอกสารการประชุมในรูปแบบสิ่งพิมพ์อิเล็กโทรนิกส์*
***ทั้งนี้ นิสิต/นักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ใช้ทุน อาจารย์ที่ดูแลนิสิต และนักศึกษาระหว่างการประชุม ได้รับการยกเว้นค่าลงทะเบียน โดย** ท่านสามารถแจ้งความประสงค์กับทางคณะแพทยศาสตร์หรือหน่วยงานต้นสังกัดของท่านทราบ และขอให้คณะหรือหน่วยงานจัดทำจดหมายพร้อมส่งรายชื่อของท่าน 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