สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขรับ 05351
วันที่ ๒๔ พ.ค. ๒๕๖๑

ที่ สธ ๐๒๑๙/ว ๑๘๓๖

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญข้าราชการในสังกัดร่วมประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โปสเตอร์การประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปีแพทยสภา
๒. แบบฟอร์มการลงทะเบียน จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่ แพทยสภาจัดประชุมวิชาการครบรอบ ๕๐ ปี แพทยสภา ขึ้นในระหว่างวันที่ ๒๐ – ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑ ณ อาคารอิมแพ็ค ฟอรั่ม ชั้น ๒ เมืองทองธานี โดยมีเนื้อหามากมายที่เกี่ยวกับการทำเวชปฏิบัติที่เหมาะสม รวมทั้งการบรรยาย/อภิปรายวิชาการ เรื่องกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ ที่จะลดความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้อง มาตรฐานเวลาการทำงาน ภาวะฉุกเฉินภายในโรงพยาบาล และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและประชาชน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งจัดให้มีการประชุมสมาชิกแพทยสภา นั้น

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาแล้ว เห็นควรให้หน่วยงานของท่านสนับสนุนหรืออนุมัติให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เข้าร่วมการประชุมวิชาการฯ ดังกล่าว โดยเบิกค่าลงทะเบียน ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทางจากหน่วยงานต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและอนุมัติให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมการประชุมวิชาการฯ ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธเรศ กรัษนัยรวิวงค์)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐๒-๕๙๐-๑๘๘๖, ๐๘๙-๕๓๐-๑๑๑๒, ๐๘๔-๖๓๖-๒๘๔๕

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 ☐ มังสวิรัต

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

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ: .....

Part II

ประเภท	อัตราค่าลงทะเบียน (ภายในวันที่ 15 มิถุนายน 2561)
ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการครบ ๕๐ ปี แพทยสภา	☐ 500 บาท

เข้าร่วมประชุมวันที่ *(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)* ☐ 20 มิถุนายน 2561 ☐ 21 มิถุนายน 2561 ☐ 22 มิถุนายน 2561

รวมทั้งสิ้น _____ 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