

ใบสมัครเข้าร่วม
การประชุมวิชาชีวกรรมเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาล ครั้งที่ ๔ ประจำปี ๒๕๕๘
Better Research for Better Health
วันที่ ๒๓-๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๘
ณ โรงแรมสุวนิศา รีสอร์ท จังหวัดเชียงใหม่

- ๑.ชื่อ-สกุล (ระบุคำนำหน้าหรือตำแหน่งทางวิชาการ)
ตัวแหน่ง หน่วยงาน
โทรศัพท์ โทรสาร Email
 ขอสมัครเข้าร่วมประชุม ขอสมัครเข้าร่วม HoRNetS Pre-conference Workshop ขอสมัครเข้าร่วมงานขันโตก ๒๕/๘/๕๘ ร่วมงานเลี้ยง ๒๕/๙/๕๘
- ๒.ชื่อ-สกุล (ระบุคำนำหน้าหรือตำแหน่งทางวิชาการ)
ตัวแหน่ง หน่วยงาน
โทรศัพท์ โทรสาร Email
 ขอสมัครเข้าร่วมประชุม ขอสมัครเข้าร่วม HoRNetS Pre-conference Workshop ขอสมัครเข้าร่วมงานขันโตก ๒๕/๙/๕๘ ร่วมงานเลี้ยง ๒๕/๙/๕๘
- ๓.ชื่อ-สกุล (ระบุคำนำหน้าหรือตำแหน่งทางวิชาการ)
ตัวแหน่ง หน่วยงาน
โทรศัพท์ โทรสาร e-mail
 ขอสมัครเข้าร่วมประชุม ขอสมัครเข้าร่วม HoRNetS Pre-conference Workshop ขอสมัครเข้าร่วมงานขันโตก ๒๕/๙/๕๘ ร่วมงานเลี้ยง ๒๕/๙/๕๘
- ๔.ชื่อ-สกุล (ระบุคำนำหน้าหรือตำแหน่งทางวิชาการ)
ตัวแหน่ง หน่วยงาน
โทรศัพท์ โทรสาร Email
 ขอสมัครเข้าร่วมประชุม ขอสมัครเข้าร่วม HoRNetS Pre-conference Workshop ขอสมัครเข้าร่วมงานขันโตก ๒๕/๙/๕๘ ร่วมงานเลี้ยง ๒๕/๙/๕๘
- ๕.ชื่อ-สกุล (ระบุคำนำหน้าหรือตำแหน่งทางวิชาการ)
ตำแหน่ง หน่วยงาน
โทรศัพท์ โทรสาร Email
 ขอสมัครเข้าร่วมประชุม ขอสมัครเข้าร่วม HoRNetS Pre-conference Workshop ขอสมัครเข้าร่วมงานขันโตก ๒๕/๙/๕๘ ร่วมงานเลี้ยง ๒๕/๙/๕๘

<input type="checkbox"/> ขอสมัครเข้าร่วม HoRNetS Pre-conference Workshop	ท่านละ ๑,๐๐๐ บาท	จำนวน.....คน
ลงทะเบียน HoRNetS Pre-congress Workshop ต้องลงทะเบียนประชุมวิชาการด้วย	รับ ๕๐ คน	
<input type="checkbox"/> ขอสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการชั้นสูงเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาล ประจำปี ๒๕๕๘	ท่านละ ๓,๕๐๐ บาท	จำนวน.....คน
<input type="checkbox"/> ขอสมัครเข้าร่วม “งานขันโตก”	(ไม่มีค่าใช้จ่าย)	จำนวน.....คน
<input type="checkbox"/> ขอสมัครเข้าร่วม “งานเลี้ยงต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมชั้นสูงเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาล”	(ไม่มีค่าใช้จ่าย)	จำนวน.....คน
	รวมทั้งสิ้น	จำนวน..... บาท

พร้อมกันนี้ ได้ชำระเงินค่าลงทะเบียน โดยโอนเงินเข้าบัญชี ออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทย สาขาลำพูน

ชื่อบัญชี ประชุมวิชาการชั้นสูงเครือข่ายวิจัยโรงพยาบาลเขตภาคเหนือ

เลขที่บัญชี 511-0-79628-9 ภายในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘

** โปรดแนบสำเนาการโอนเงิน พร้อมแบบหุ้นรับการเข้าร่วมการอบรม

ทาง Email hornetsthailand@gmail.com

** ภายในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๕๘ **

ลงทะเบียน ที่ Website โรงพยาบาลเชียงรายลำพูน : <http://www.lprnh.go.th> โทรศัพท์ ๐๕๓-๕๖๘๐๑๖ (ลงทะเบียน ๒๐๐ ท่านแรกจะได้รับเสื้อและร่ม)
หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายในการประชุมให้เบิกจากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงาน และการประชุม พ.ศ. ๒๕๔๙

- ขอสงวนสิทธิ์ไม่เก็บค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น
- การลงทะเบียนจะสมบูรณ์เมื่อชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ :

- 1.ลงทะเบียน นางศรีวรรณ เรืองวัฒนา โทร ๐๕๓-๗๖๕๔๘๗ นางมาลีวรรณ เกษตรตัด ๐๕๓-๗๖๘๘๘๑๐ นายสุวรรณ ภิญโญวิจิต ๐๕๓-๘๗๖๕๕๘
- 2.นำเสนอผลงานวิชาการ นางอัญชิ ศรีสุดา โทร ๐๕๓-๗๖๒๓๗๓๘ นางปราณี ล้านยา โทร ๐๕๓-๘๗๗๔๔๑ นส. ศศิธร หย่องเจริญ ๐๕๓-๕๖๙๑๐๐ ท่อ ๑๕๗๑
- 3.ประสานงานทั่วไป นายกีรติ ปรีชานก โทร ๐๕๓-๕๔๗๘๘๘

(เอกสาร ๒)

