

05/05/07/60

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่... พ 5 พง
วันที่... - ๓, ก.ค. ๒๕๖๐
เวลา... ๑๑.๕๓ น.



ที่ สธ ๐๓๑๕/ ๖.๑๔

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์
๔๒๐/๗ ถนนราชวิถี
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐

๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๐

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
รับเลขที่... ๕๖๓
วันที่... ๕ / ๖ / ๖๐
เวลา... ๑๓.๑๓ น.

เรื่อง การประชุมวิชาการประจำปี สถาบันโรคผิวหนัง
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการประชุมวิชาการประจำปี สถาบันโรคผิวหนัง จำนวน ๑ ชุด
๒. แผ่นพับประชาสัมพันธ์ประชุมวิชาการประจำปี จำนวน ๑ ชุด

ด้วยสถาบันโรคผิวหนัง มีกำหนดจัดการประชุมวิชาการประจำปี ระหว่างวันที่ ๒๘ - ๒๙
กันยายน ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุม ๑ - ๓ ชั้น ๗ อาคารสยามบรมราชกุมารี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชนิคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคผิวหนังที่ก้าวหน้า
สามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย

สถาบันโรคผิวหนัง ขอเรียนเชิญแพทย์ในสังกัด สมัครเข้าร่วมการประชุมวิชาการ
ประจำปี สถาบันโรคผิวหนัง โดย Download ใบสมัครและใบชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทยได้ที่
training.inderm.go.th ค่าลงทะเบียน ๑,๕๐๐ บาท (หลังวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ค่าลงทะเบียน ๒,๐๐๐
บาท) ชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทยทั่วประเทศ และפקซีใบสมัครมาที่ ๐ ๒๖๔๔ ๙๓๓๓ หรือ E-mail:
training.inderm@gmail.com สอบถามรายละเอียดได้ที่งานถ่ายทอดเทคโนโลยี โทร. ๐๙ ๕๓๗๒ ๘๒๙๔
และ ๐๙ ๕๒๐๕ ๑๓๐๘ (จำกัดจำนวนไม่เกิน ๑๕๐ คน หากครบจำนวน จะปิดรับลงทะเบียนและไม่รับ
ลงทะเบียนหน้างาน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการดังกล่าวแก่แพทย์ในสังกัดของท่าน
ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน...
ดำเนินการ พ.ศ. ๒๕๖๐

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์ อธิวิสาข)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
โรงพยาบาลลาดบัวหลวง รักษาการในตำแหน่ง
นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

(นายจินดา โรจนเมธินทร์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมสาขาตจวิทยา
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง

๐๔ ก.ค. ๒๕๖๐
- มอนทูนเกีรตินันต์
พ.ศ. ๒๕๖๐

งานถ่ายทอดเทคโนโลยี
โทร. ๐๙ ๕๓๗๒ ๘๒๙๔
Email: training.inderm@gmail.com

โครงการประชุมวิชาการประจำปี สถาบันโรคผิวหนัง

๑. หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ

นายแพทย์จินดา

โรจนเมธินทร์

หัวหน้าโครงการ

นางคมคาย

สมบูรณ์ดี

เลขานุการโครงการ

นางสาวสุภาภร

เมตตามิตร

ผู้ประสานงานโครงการ

๓. หลักการและเหตุผล

สถาบันโรคผิวหนังเป็นสถาบันดูแลรักษาผู้ป่วยในระดับตติยภูมิและสูงกว่าตติยภูมิ ที่มีภารกิจหลักคือ วิจัย ตรวจสอบวินิจฉัยและรักษาโรคโดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ให้ก้าวหน้าทันสมัยอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะเทคโนโลยีการตรวจ/วินิจฉัย/รักษาโรคโดยใช้เครื่องมือและหัตถการต่าง ๆ ประกอบกับสถาบันฯ มีการอบรมด้านโรคผิวหนังแก่แพทย์ พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์หลายหลักสูตร เพื่อให้แพทย์ศิษย์เก่าของสถาบันฯ และแพทย์ผู้สนใจทั่วไป ได้มีโอกาสเพิ่มพูนทักษะความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคผิวหนังที่ก้าวหน้า ทันสมัย และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางคลินิกจากการสาธิตผู้ป่วยในกลุ่มโรคผิวหนังที่สำคัญและเป็นปัญหาทางเวชปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของสถาบันโรคผิวหนัง จากผลการดำเนินการจัดงานประชุมแล้วทั้งหมด ๓๕ ครั้ง โดยครั้งที่ผ่านมามีความพึงพอใจร้อยละ ๙๑ อีกทั้ง ดั้งนั้น สถาบันฯ เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดการประชุมวิชาการประจำปี สถาบันโรคผิวหนังขึ้น

๔. วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อให้แพทย์ได้รับความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคผิวหนังที่ก้าวหน้า ทันสมัย
- ๒) เพื่อให้แพทย์ได้มีโอกาสศึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางคลินิกในกลุ่มโรคผิวหนังที่สำคัญ และเป็นปัญหาทางเวชปฏิบัติ

๕. ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

๑) เดือนมกราคม – กันยายน ๒๕๖๐ คัดเลือกและตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยที่เป็น case สอนสาธิต ในกิจกรรม Interhospital Conference

๒) เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ (๒ วันทำการ) จัดการประชุมฯ

๖. กลุ่มเป้าหมาย ๒๖๕ คน ประกอบด้วย

๑) แพทย์ศิษย์เก่าและแพทย์ที่สนใจจำนวน ๑๕๐ คน (ชำระค่าลงทะเบียนคนละ ๑,๕๐๐ บาท)

๒) แพทย์ประจำสถาบันโรคผิวหนัง จำนวน ๒๐ คน

๓) แพทย์ประจำบ้าน/ แพทย์ปฏิบัติการ/ แพทย์ปฏิบัติการทางคลินิกตจวคัลยศาสตร์/

แพทย์ Diploma Course in Dermatology and Dermatotomy/แพทย์รายคาบสังกัดสถาบันโรคผิวหนัง/ วิทยาการ จำนวน ๙๕ คน

หมายเหตุ คณะทำงานผู้จัดการประชุม จำนวน ๕ คน, ผู้ป่วยที่เป็น case สอนสาธิต จำนวน ๓๐ คน

๗. วิธีดำเนินการ

ระยะเตรียมการ

- ๑) ประชุมชี้แจงโครงการ และแต่งตั้งคณะทำงาน
- ๒) ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ
- ๓) เขียนโครงการ
- ๔) เสนอผู้อำนวยการ เพื่อขอความเห็นชอบ
- ๕) เสนออธิบดีกรมการแพทย์ เพื่อขออนุมัติโครงการ
- ๖) คัดเลือกผู้ป่วยที่เป็น case สอนสาธิตและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายในสถาบันโรคผิวหนัง และภายนอก
- ๗) ดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการ
- ๘) ประสานวิทยากรภายในสถาบันโรคผิวหนัง และภายนอก

การเริ่มงาน

- ๑) จัดเตรียมสถานที่
- ๒) จัดเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ในการดำเนินโครงการ

การปฏิบัติการ

- ๑) ลงทะเบียน
- ๒) พิธีเปิดการประชุม
- ๓) ดำเนินการประชุมด้วยวิธีการบรรยายและการอภิปราย

ประเมินผล และจัดทำรายงาน

- ๑) จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒) การตอบแบบประเมินผลของผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๓) สรุปและรายงานผลการดำเนินโครงการ

แผนการปฏิบัติงาน

ตารางแผนการปฏิบัติงาน โครงการประชุมวิชาการประจำปี สถาบันโรคผิวหนัง

กิจกรรม/งาน	วิธีการ/สถานที่	วัน เดือน ปี/ เวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
จัดทำโครงการและ ขออนุมัติโครงการ	- เสนอผู้อำนวยการ - เสนออธิบดีกรมการ แพทย์	ธันวาคม ๒๕๕๕ - มกราคม ๒๕๖๐	งบประมาณจำนวน ๕๔๔,๘๕๐ บาท	นายแพทย์จินดา โรจนเมธินทร์ นางคมคาย สมบูรณ์ดี นางสาวสุภากร เมตตามิตร	
คัดเลือกผู้ป่วยที่เป็น case สอนสาธิตและส่ง ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	- คัดเลือกผู้ป่วยที่มา รักษาในสถาบันฯ - ส่งตรวจเพื่อนำมา ประกอบการวินิจฉัยโรค	มกราคม ๒๕๖๐ - กันยายน ๒๕๖๐			
ประชาสัมพันธ์	-ทางจดหมาย - ทาง website: www.inderm.go.th	สิงหาคม - กันยายน ๒๕๖๐			
รับสมัคร	- ส่งทางไปรษณีย์ - ส่งทางโทรสาร	สิงหาคม - กันยายน ๒๕๖๐			

กิจกรรม/งาน	วิธีการ/สถานที่	วัน เดือน ปี/ เวลา	งบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ	หมายเหตุ
ดำเนินการจัดการประชุมวิชาการ	- ประชุม การบรรยาย และการอภิปราย - Interhospital conference	ตุลาคม ๒๕๖๐ (๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.) เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ (๑๓.๐๐-๑๖.๐๐ น.)			
ประเมินผลและจัดทำรายงาน	- สรุปและรายงานผลการดำเนินโครงการ สถานที่ ณ ห้องประชุม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	พฤศจิกายน ๒๕๖๐			

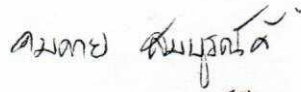
๘. งบประมาณและทรัพยากรที่ต้องใช้

- ค่าลงทะเบียนคนละ ๑,๕๐๐ บาท จำนวน ๑๕๐ คน เป็นเงิน ๒๒๕,๐๐๐ บาท
- ประมาณการค่าใช้จ่ายในการดำเนินการตามโครงการ ค่าใช้จ่ายเบิกจากเงินบำรุงสถาบันโรคผิวหนัง รวมเป็นเงิน ๕๔๔,๘๕๐ บาท รายละเอียดดังนี้

ลำดับ	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน(บาท)	รวม (บาท)
๑	ค่าสมนาคุณวิทยากร - วิทยากรภาครัฐ อัตรา ๖๐๐ บาท x ๖ คน x ๓ ชม. x ๒ วัน - วิทยากรภาคเอกชน อัตรา ๑,๒๐๐ บาท x ๒ คน x ๓ ชม. x ๒ วัน	๒๑,๖๐๐ ๑๔,๔๐๐	๓๖,๐๐๐
๒	ค่าอาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม วิทยากร/ผู้เข้าอบรม/คณะทำงานผู้จัดการประชุม - ค่าอาหารกลางวัน อัตรา ๒๕๐ บาท x ๒๗๐ คน x ๒ วัน x ๑ มื้อ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม อัตรา ๓๕ บาท x ๒๗๐ คน x ๒ วัน x ๒ มื้อ	๑๓๕,๐๐๐ ๓๗,๘๐๐	๑๗๒,๘๐๐
๓	ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เป็น case สอนสาธิต ในกิจกรรม Interhospital Conference - ค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่ายารักษาโรค คนละ ๖,๐๐๐ บาท x ๓๐ คน - ค่าสมนาคุณผู้ป่วยที่เป็น Case สอนสาธิต อัตรา ๕๐๐ บาท x ๓๐ คน - ค่าใช้จ่ายในการเดินทางผู้ป่วยที่เป็น case สอนสาธิต อัตรา ๑,๐๐๐ บาท x ๓๐ คน - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม อัตรา ๓๕ บาท x ๓๐ คน x ๑ มื้อ	๑๘๐,๐๐๐ ๑๕,๐๐๐ ๓๐,๐๐๐ ๑,๐๕๐	๒๒๖,๐๕๐

๑๑. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

แพทย์ผู้เข้าร่วมโครงการประชุมวิชาการประจำปี สถาบันโรคผิวหนัง มีความรู้ความสามารถตรงตามวัตถุประสงค์และนำความรู้ทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยไปประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยรวมทั้งประชาชน



(นางคมคาย สมบูรณ์ดี)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา
ผู้เขียนโครงการ



(นายจินตา โรจนเมธินทร์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมสาขาตจวิทยา
ผู้เสนอโครงการ



(นางมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ)

ผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง
ผู้ขออนุมัติโครงการ



(นายณรงค์ อภิกุลวนิช)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการศูนย์โรคผิวหนัง



กรมการคลัง
สถาบันโรคผิวหนัง

ใบแจ้งการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย (COMPANY CODE: 92422)

ส่วนของร้านค้า

สถาบันโรคผิวหนัง (สำหรับการชำระผ่าน ATM ระบุรหัสบริษัท 92422)

เลือกช่องทางการชำระเงินตามสะดวกได้ดังนี้

- ชำระเงินผ่านเคาท์เตอร์(KTB Teller Payment) ทุกสาขาของธนาคารกรุงไทยทั่วประเทศ (ค่าธรรมเนียม 25 บาท/รายการ)
- ชำระเงินผ่าน KTB ATM Payment ของธนาคารกรุงไทยทั่วประเทศ (ค่าธรรมเนียมในเขต 10 บาท นอกเขต 20 บาท/รายการ)
- ~~ชำระเงินผ่านบัตรเครดิต~~

ใบแจ้งการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย (COMPANY CODE: 92422)

ชื่อ-นามสกุล(ผู้ลงทะเบียน).....

Ref.1 : รหัสโครงการที่ลงทะเบียน

8 0 0 0 1

Ref.2 : เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ผู้ลงทะเบียน 10 หลัก

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)		จำนวนเงิน(ตัวเลข)
บาท (Baht)		
ผู้นำฝาก.....เบอร์.....		เจ้าหน้าที่ธนาคาร(ประทับตรา)



ใบแจ้งการชำระเงินสถาบันโรคผิวหนัง

ส่วนของธนาคาร

ใบแจ้งการชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย (COMPANY CODE: 92422)

ชื่อ-นามสกุล(ผู้ลงทะเบียน).....

Ref.1 : รหัสโครงการที่ลงทะเบียน

8 0 0 0 1

Ref.2 : เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ผู้ลงทะเบียน 10 หลัก

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)		จำนวนเงิน(ตัวเลข)
บาท (Baht)		
ผู้นำฝาก.....เบอร์.....		เจ้าหน้าที่ธนาคาร(ประทับตรา)

ติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลโครงการ โทร.....

ติดต่อธนาคารโทร.02-2087799,02-2087495

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุม

1. ได้รับความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านโรคผิวหนังที่ก้าวหน้าและทันสมัย

2. ได้มีโอกาสศึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางคลินิก

ในกลุ่มโรคผิวหนังที่สำคัญและเป็นปัญหาทางเวชปฏิบัติ

ผู้เข้าประชุม แพทย์ศัลย์ภาสตาบ้านโรคผิวหนังและ

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่สนใจวิชาการโรคผิวหนัง

จำนวน 150 คน

ค่าลงทะเบียน

1,500 บาท (ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2560)

2,000 บาท (หลังวันที่ 31 สิงหาคม 2560)

ผู้เข้าร่วมสามารถเบิกค่าลงทะเบียนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ

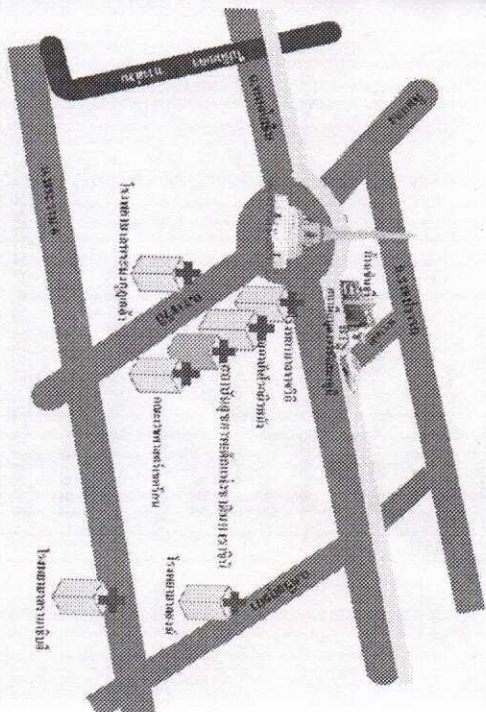
ตามระเบียบราชการ

กำหนดรับสมัคร กรกฎาคม – กันยายน 2560

(จำกัดจำนวนไม่เกิน 150 คน หากครบจำนวนจะปิดรับสมัคร)

แผนที่ สถาบันโรคผิวหนัง

(ย้ายมาปฏิบัติงานชั่วคราวที่ สถานีสุขภาพเด็กแห่งชาตินิมิต्तสารสินี)



รถประจำทางผ่านหน้าสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินิมิต्तสารสินี

สาย 8, 12, 14, 28, 92, 97, 108

ปอ.509, 515, 542, 8

BTS สถานีอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ประตู 3

หมายเหตุ กรุณาใช้บริการรถสาธารณะ เนื่องจากสถานที่

จอดรถไม่เพียงพอ

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

420/7 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 09 5372 8294 และ 09 5205 1308

โทรสาร 0 2644 9333

E-mail: training.inderm@gmail.com

Website: training.inderm.go.th



การประชุมวิชาการประจำปี สถาบันโรคผิวหนัง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ 28 – 29 กันยายน 2560

ห้องประชุม 1 – 3 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินิมิต्तสารสินี

“Nightmare in Dermatol

CME 10 cred

Download ใบสมัครได้ที่ training.inder

E-mail : training.inderm@gmail



ลงทะเบียนออนไลน์

การประชุมวิชาการประจำปี สถาบันโรคผิวหนัง
วันที่ 28 - 29 กันยายน 2560
ห้องประชุม 1 - 3 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เดย์สับที่ 28 กันยายน 2560

- 09.00 ลงทะเบียน
- 09.20 พิธีเปิดการประชุม
- 12.00 "Session A: Nightmare in Dermatology"
 - Dangers from bites and stings

นพ.โกวิท คัมภีรภาพ

- The real stories of misdiagnosis

พญ.ไพสิน พวงเพชร

- What a nightmare for hair loss in children

พญ.ชินมนัส ตั้งจิตตารุณศรีศรีคม

- Misunderstanding in bioengineering

พญ.วลัยอร ปรัชญพฤทธิ์

- Q&A

13.00 Lunch break

- 13.30 ประชุมสมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง (เฉพาะสมาชิก)

15.30 "Session B: Nightmare beyond expectation"

- Uncommon systemic infections that you should know

รศ.นพ.สิริ เชี่ยวชาญวิทย

- Drug eruptions nightmare

พญ.นิตา พดพิบูล, พญ.อุษา วัชรธารภาพ

- Unexpected nutritional deficiency

พญ.จันทรีจิรา สวัสดิ์พงษ์

- Q&A

16.00 พญ.อรยา กว่างสุขสถิตย์, พญ.ปิ่นนรี ชัดดีพัฒนาพงษ์

Coffee Break เวลา 10.30 น. และ 14.30 น.

หรือตารางอาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

วันศุกร์ที่ 29 กันยายน 2560

09.00-12.00 "Session C: Nightmare in cosmetic dermatology"

- Behind the beauty
- พญ.ชูกลิ่น ตรีสุโกศล
- Lost in the dark
- พญ.พิมพ์า ต้นธนศรีกุล
- Complications of lasers and light treatments
- พญ.นันทยา วรพธินันท์
- Remedy versus laser tattoo removal: which is the nightmare?

นพ.ทงเกียรติ เกียนถาวร

- Q&A

12.00 - 13.00 Lunch break

13.00 - 16.00 Interhospital Conference

Case Demonstrations

ที่ ห้อง O.P.D. ชั้น 10 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

มหาราชินี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Discussion & Coffee break

ห้องประชุม 1 - 3 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Moderator: พญ.อรยา กว่างสุขสถิตย์, พญ.ปิ่นนรี ชัดดีพัฒนาพงษ์

หมายเหตุ Coffee Break เวลา 10.30 น. และ 14.30 น.

หรือตารางอาจมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม

ค่าลงทะเบียน 1,500 บาท (ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2560)

2,000 บาท (หลังวันที่ 31 สิงหาคม 2560)

Download ใบชำระเงินผ่านธนาคารได้ที่ training.inderm.go.th

การสอบถาม

สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ งานถ่ายทอดเทคโนโลยี

โทรศัพท์ 09 5372 8294 และ 09 5205 1308

หรือ E-mail: training.inderm@gmail.com

● สามารถเบิกค่าลงทะเบียนได้ตามระเบียบราชการ

ใบสมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีสถาบันโรคผิวหนัง
วันที่ 28 - 29 กันยายน 2560
ห้องประชุม 1 - 3 ชั้น 7 อาคารสยามบรมราชกุมารี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชื่อ-นามสกุล.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่

สถานที่ปฏิบัติงาน ราชการ เอกชน

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

โทรสาร.....e-mail.....

ข้อมูลทั่วไป

1. ท่านเป็นสมาชิกสมาคมศิษย์เก่า สถาบันโรคผิวหนังหรือไม่

ไม่เป็น

เป็น หลักสูตรที่สำเร็จการอบรม.....ปี.....

2. ท่านเคยเข้าร่วมการประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันฯหรือไม่

ไม่เคย

เคย โปรดระบุปีที่เข้าประชุม.....

3. ท่านทราบข่าวการประชุมนี้อย่างไร

Website จดหมาย e-mail อื่นๆ.....