# แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ

## การวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลขั้นพื้นฐาน รุ่นที่ ๘ และขั้นสูง รุ่นที่ ๒

### เวลา 09.00 – 16.30 น. ณ ห้องฝึกอบรมศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

### อาคาร 2 ชั้น 5 ตึกกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี

ขอความกรุณาตอบรับกลับมายัง สมาคมเวชสารสนเทศไทย อาคาร 4 ชั้น 4 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 หรือส่ง E-mail : official@tmi.or.th เพื่อที่จะใส่ชื่อลงทะเบียนอย่างเป็นทางการต่อไป และสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 085-2233631

**1. ชื่อ – สกุล:** ❑ นพ. ❑ พ.ญ. ❑ นาย ❑ นาง ❑ น.ส. .....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....

**2. ชื่อหน่วยงาน** โรงพยาบาล.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร .....

มือถือ .....e-mail add. .....

**3. สนใจเข้าร่วมอบรม** ☐ **ขั้นพื้นฐานรุ่นที่ 8 ระหว่างวันที่ 7 – 9 กุมภาพันธ์ 2561**
**ค่าลงทะเบียน 10,000 บาท/ท่าน (ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)**

☐ **ขั้นสูงรุ่นที่ 2 ระหว่างวันที่ 7 – 9 มีนาคม 2561**
**ค่าลงทะเบียน 12,000 บาท/ท่าน (ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)**

**4. ลงทะเบียน** โดยผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข-ติวานนท์
**ชื่อบัญชี สมาคมเวชสารสนเทศไทย เลขที่ 142-0-02801-4**

**5. ประเภทอาหาร :** ❑ อาหารทุกประเภท ❑ อาหารอิสลาม ❑ อาหารอื่นๆ.....

**6. ออกใบเสร็จในนาม** : .....

**ที่อยู่** : .....

.....

**เลขประจำตัวผู้เสียภาษี** .....

❑ ออกใบเสร็จรายบุคคล ❑ ออกใบเสร็จแบบรวมทั้งคณะ

**หมายเหตุ** กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน