แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรม

โครงการอบรม “แพทย์รุ่นใหม่ใฝ่ใจเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล”

The New Generation IT Doctor Hospital Development

ณ กระทรวงสาธารณสุข จ.นนทบุรี

ขอความกรุณาตอบรับกลับมายัง สมาคมเวชสารสนเทศไทย อาคาร 4 ชั้น 4 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 เพื่อที่จะใส่ชื่อลงทะเบียนอย่างเป็นทางการต่อไป และสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทรศัพท์ 08-5223-3631 หรือ E-mail : official@tmi.or.th

1. ชื่อ – สกุล: **1.1** ❑ นพ. ❑ พ.ญ.....

ตำแหน่ง.....อายุ.....ปี

1.2 ❑ นพ. ❑ พ.ญ. .....

ตำแหน่ง.....อายุ.....ปี

2. ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาล .....

โทรศัพท์ .....โทรสาร .....

มือถือ .....E-mail add. .....

3. ลงทะเบียน ❑ คนละ 95,000 บาท (เก้าหมื่นห้า----บาทถ้วน) **(ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)**

โดยผ่านบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขากระทรวงสาธารณสุข

ชื่อบัญชี สมาคมเวชสารสนเทศไทย เลขที่บัญชี 142-0-02801-4

4. ประเภทอาหาร : ❑ อาหารทุกประเภท ❑ อาหารอิสลาม ❑ อาหารอื่นๆ.....

5. ออกใบเสร็จในนาม : .....

ที่อยู่ : .....

.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีโรงพยาบาล .....

หมายเหตุ

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน