แบบตอบรับการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ
การวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลขั้นพื้นฐาน และขั้นสูง
เวลา 09.00 – 16.30 น. ณ ห้องประชุม 2 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
อาคาร 6 ชั้น 4 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 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.....

❑ นพ. ❑ พ.ญ. ❑ นาย ❑ นาง ❑ น.ส. .....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....

2. ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาล.....

โทรศัพท์ .....โทรสาร .....

มือถือ .....e-mail add. .....

3. สนใจเข้าร่วมอบรม ☐ **ขั้นพื้นฐาน ระหว่างวันที่ 13 – 15 ธันวาคม 2566**
ค่าลงทะเบียน 10,000 บาท/ท่าน (ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

☐ **ขั้นสูง ระหว่างวันที่ 10 – 12 มกราคม 2567**
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