

ใบสมัครเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง “การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด”
ระหว่างวันที่ 5 - 7 กรกฎาคม 2559 ณ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ชื่อ – ชื่อสกุล (นาย/นาง/นางสาว/ยศ) (ภาษาไทย).....

ตำแหน่ง/อาชีพ.....

เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (เทคนิคการแพทย์) (หากมี).....

สถานที่ติดต่อ/ที่ทำงาน.....

.....รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์/มือถือ.....

E – mail address.....

จบการศึกษาจากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ข้อมูลการสมัคร มีความประสงค์จะเข้าร่วม

อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด”
ระหว่างวันที่ วันที่ 5 - 7 กรกฎาคม 2559 (ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท) รับสมัครถึงวันที่ 17 มิถุนายน 2559
รับจำนวน 40 คน

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ โอนนาม ดร. วรวรรณ ชุมเปีย ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น
เลขที่บัญชี 551-437981-0 จำนวนเงิน..... บาท วันที่โอนเงิน

(กรุณาแนบสำเนาใบโอนเงิน และ ใบสมัครเข้าร่วมอบรม มาที่ หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร: 043-202087
หรือ สแกน/ถ่ายรูป ใบโอนเงินและใบสมัครเข้าร่วมอบรม แล้วส่งไฟล์ มาทาง e-mail ถึง amptri@gmail.com

หมายเหตุ

1. กรอกหรือพิมพ์ใบสมัครให้ชัดเจนเพื่อความถูกต้องในการเขียนใบเสร็จรับเงิน และการยื่นขอคะแนน CMTE
2. กรุณาส่งใบสมัคร ภายในวันที่ 17 มิถุนายน 2559
3. คณะกรรมการจัดการอบรม ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียน หากท่านสมัครแล้วไม่เข้าร่วมอบรม
4. คณะกรรมการจัดการอบรม จะให้สิทธิ์ผู้สมัครที่จัดส่งค่าลงทะเบียนมาก่อน
5. ท่านสามารถ download ใบสมัครเพิ่มเติมและตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าร่วมอบรมได้ที่ <http://www.ams.ac.th>
6. หากมีข้อสงสัย สามารถสอบถามได้ที่ e-mail address : amptri@gmail.com หรือที่โทรศัพท์/โทรสาร : 043-202087