



# ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University  
Academic Affairs Convention Center and Management of Ramathibodi Hospital

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
รับเลขที่..... 11575  
วันที่..... 28 ธ.ค. 2560  
เวลา..... 14.04

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว. ๑๒๔๑๐  
๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุมวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผ่นพับ จำนวน ๑ แผ่น  
๒. ใบ Pay in จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการประชุมวิชาการ เรื่อง "The 2<sup>nd</sup> Ramathibodi Dental Symposium ทันตแพทย์ยุคใหม่ใส่ใจโรคทางระบบ (NCDs)" ในวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ณ โรงแรมสุโกศล กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์สังกัดงานทันตกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี รวมถึงนักศึกษาทันตแพทย์หลังปริญญา มีความรู้ความเข้าใจในการบูรณาการศาสตร์และศิลป์ของทันตกรรมแบบสหสาขาวิชา เพื่อให้การรักษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และเกิดความพึงพอใจสูงสุดต่อผู้ป่วยและญาติ

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดประชุมวิชาการดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อทันตแพทย์ทั่วไป โดยมีอัตราค่าลงทะเบียนดังนี้

ทันตกรรม ก่อน วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑	ท่านละ ๑,๒๐๐ บาท
ทันตกรรม หลัง วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑	ท่านละ ๑,๕๐๐ บาท
นักศึกษาทันตแพทย์	ท่านละ ๑,๐๐๐ บาท

อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจกรุณากรอรายละเอียด ใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๑ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คุณธรรมา บุญเลิศกุล และคุณกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล โทร. ๐๒-๒๐๑๑-๑๕๕๒, ๐๒-๒๐๑๑-๒๑๙๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การประชุมให้บุคลากรในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี  
เพื่อโปรดทราบ  
เห็นควร... ๒๒/๑๑/๒๕๖๐

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุกัญญาพรณ วิไลลักษณ์)

ศุภรัตน์ จงษ์ยศ

นักวิชาการสาธารณสุข

ท ๑๑๑๖

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่ซึ่งผู้เกี่ยวข้อง  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

(นายสลับ - คันทร)



# ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch..... วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี "เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี" คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1)..... 411000000868.....

เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

หัวข้อเรื่อง	จำนวนเงิน (บาท)
การประชุมวิชาการ เรื่อง "The 2 <sup>nd</sup> Ramathibodi Dental Symposium ทันตแพทย์ยุคใหม่ใส่ใจโรคทางระบบ (NCDs)" ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561	
อัตราค่าลงทะเบียน	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ก่อนวันที่ 31 มกราคม 2560 ท่านละ 1,200 บาท</li> <li>● หลังวันที่ 31 มกราคม 2560 ท่านละ 1,500 บาท</li> <li>● นักศึกษาทันตแพทย์ ท่านละ 1,000 บาท</li> </ul>	

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words: .....

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by..... โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

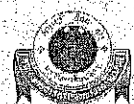
หมายเหตุ \*ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท \*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

\*กรุณาส่งสำเนาการชำระเงินมาที่ โทรสาร. 02-201-2607 หรือส่งทาง E-mail : academic.rama@gmail.com



# ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

สาขา/Branch..... วันที่/Date.....



ใบนำฝากบัญชี "เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี" คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1)..... 411000000868.....

เบอร์มือถือผู้เข้าร่วมประชุม/Mobile No (Ref.2).....

ชื่อธนาคาร-สาขา/ Bank-Branch	หมายเลขเช็ค/ Cheque No.	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
<input type="checkbox"/> เช็ค/Cheque		
<input type="checkbox"/> เงินสด / Cash	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words	

ชื่อผู้นำฝาก/Deposit by..... โทรศัพท์/Telephone..... ผู้รับเงิน/ผู้รับมอบ.....

หมายเหตุ \*ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท \*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์