

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 รับเลขที่ 5498
 วันที่ 13 มิ.ย. 2561
 เวลา 10.20



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล
 งานบริการวิชาการสำนักงานวิจัยวิชาการและนวัตกรรม
 ๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๕๐๐
 โทร ๐๒-๒๐๑๑๕๕๒, ๐๒-๒๐๑๒๑๙๓ โทรสาร ๐๒-๒๐๑๒๖๐๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๕๘๖๙
 วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๑
 เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้ารับการประชุมวิชาการนานาชาติ RIAC 2018
 เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข
 สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. First Announcement จำนวน ๑ ฉบับ

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
 รับเลขที่ 1373
 วันที่ 13 มิ.ย. 2561
 เวลา 15.08

ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดการประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๑ Ramathibodi International Academic Conference (RIAC) 2018 เรื่อง "Moving forward to the higher standard of care" ระหว่างวันที่ ๓ - ๕ กันยายน ๒๕๖๑ ณ โรงแรมแบงค็อก แมริออท มาร์คีส์ ควีนส์ปาร์ค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ความก้าวหน้า และผลงานทางวิชาการให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกสาขาวิชา รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นทางวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดประชุมวิชาการนานาชาติดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วประเทศที่สนใจ จึงขอเชิญเข้าร่วมประชุมโดยมีอัตราค่าลงทะเบียน ดังนี้

การลงทะเบียน	ก่อน ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๑		ก่อน ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๑	
	ในประเทศ	ต่างประเทศ	ในประเทศ	ต่างประเทศ
แพทย์ / พยาบาล / บุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขา	๓,๕๐๐	250 US	๔,๐๐๐	300 US
ศิษย์เก่ารามาธิบดี/ผู้ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมรามาธิบดี / นักศึกษาปริญญาโท-เอก ของคณะแพทยศาสตร์รพ.รามาธิบดี	๒,๕๐๐	-	๓,๐๐๐	-
แพทย์/พยาบาลจากโรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลสมทบของคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี	๒,๕๐๐	-	๓,๐๐๐	-
แพทย์จาก VCML (เวียดนาม/กัมพูชา/พม่า/ลาว)	-	150 US	-	200 US

หมายเหตุ ศิษย์เก่าคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปลงทะเบียนได้โดยไม่เสียค่าลงทะเบียน

อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจกรุณากรอกรายละเอียดใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๑ หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณรณณา บุญเลิศกุล, คุณกัญจฉวี กอดแก้ว คุณปิยะดา ลิ้มปทุมัย และกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล โทร. ๐๒-๒๐๑-๒๑๙๓, ๐๒-๒๐๑-๒๖๐๖ ทั้งนี้สามารถลงทะเบียน Online หรือดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.acmrrama.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การประชุมให้บุคลากรในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

เพื่อโปรดทราบ

เห็นควร... (Signature)

ขอแสดงความนับถือ

แจ้งผู้เกี่ยวข้อง

(Signature)

(Signature)

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสฤกษ์พรรณ วิไลลักษณ์)

นายสุทิน กิ่งกร

ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้

นักวิชาการสาธารณสุข

21 มิ.ย. 2561

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหิดล จักรวรรดิ
 ภาคนิเทศ (ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชนภาคใต้)
 ภาคนิเทศ (ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชนภาคใต้)

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).....411000000940.....

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

หัวข้อเรื่อง

การประชุมวิชาการประจำปี ๒๕๖๑

Ramathibodi International Academic Conference (RIAC) 2018 วันที่ 3-5 กันยายน 2561

รายการ

ก่อน 15 ส.ค. 61

หลัง 30 ส.ค. 61

▶ แพทย์/พยาบาล/บุคลากรทางการแพทย์

3,500

4,000

▶ ศิษย์เก่ารามฯ/ผู้ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมรามธิบดี/

นศ.ปริญญาโท-เอก ของคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี

2,500

3,000

▶ แพทย์/พยาบาลจาก รพ.เครือข่ายและ รพ.สมทบ

ของคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี

2,500

3,000

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words :

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

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์

*กรุณาส่งสำเนาการชำระเงินมาที่โทรสาร. 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)411000000940.....

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

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

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์