ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๑๑๗๔๔

๒๑ กันยายน ๒๕๖๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
รับเลขที่ 9015
๒๕ ต.ค. 2561
วันที่ 15 พ.ย. 2561 ธรบุคฯ
เวลา 2 พ.ย.
รับตรงที่
วันที่ ๒๕ ต.ค. 2561
เวลา

เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมฟื้นฟูวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข

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

ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จะจัดการอบรมฟื้นฟู วิชาการพื้นฐานศัลยศาสตร์ตกแต่งครั้งที่ ๑๕ "15th Ramathibodi Plastic Surgery Annual Symposium 2018"ความเป็นเลิศทางศัลยกรรมตกแต่งเสริมสร้างและเสริมสวย" การรักษาแผลเฉียบพลัน เรื้อรัง ซับซ้อน การศัลยกรรมปรับโครงหน้าและขากรรไกร, ศัลยกรรมความงามเปือกตาบน "Mestering the Reconstructive and Aesthetic Surgery:" Modern Wound Management, Facial Contouring and Orthognathic Surgery, Upper Eyelid Surgery ระหว่างวันที่ ๘-๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๙๑๐ ABC ชั้น ๙ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานการผ่าตัด ให้แก่แพทย์ พยาบาล ศัลยแพทย์ทุกสาขาที่สนใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งเผยแพร่ศักยภาพของการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ และศัลยกรรมตกแต่งในประเทศไทย

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ ต่อศัลยแพทย์ทุกสาขา แพทย์ พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ และผู้ที่สนใจทั่วประเทศ โดยมีอัตราค่าลงทะเบียนดังนี้

อัตราค่าลงทะเบียน	ลงทะเบียนก่อน ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑	ลงทะเบียนหลัง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑
แพทย์/พยาบาล (Reconstruction day)	๑,๕๐๐	๒,๒๕๐
(Reconstruction + Aesthetic surgery day)		
แพทย์ประจำบ้านที่เกี่ยวข้องกับสมาคมฯ	๑,๕๐๐	๒,๒๕๐
แพทย์ในสมาคมฯ	๓,๐๐๐	๔,๕๐๐
แพทย์นอกสมาคมฯ	๙,๐๐๐	๑๓,๕๐๐

อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจกรุณากรอกรายละเอียด ใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๑ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คุณรจนา บุญเลิศกุล คุณกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล และ คุณกัญฐมณี กอดแก้ว โทร. ๐๒-๒๐๑-๑๕๔๒, ๐๒-๒๐๑-๒๑๙๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การประชุมให้บุคลากรในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสฤกพรรณ วิไลลักษณ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม

(โปรดนำมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ในวันลงทะเบียน)

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามาธิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....

ใบนำฝากบัญชี "เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาธิบดี" คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

○ ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1).....411000000969.....

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

หัวข้อเรื่อง	จำนวนเงิน (บาท)
การอบรมฟื้นฟูวิชาการทางศัลยศาสตร์ตกแต่งครั้งที่15 15thRamathibodi Plastic Surgery Annual Symposium 2018	

อัตราค่าลงทะเบียน	ชำระเงินภายในวันที่ 30 กันยายน 2561	ชำระเงินหลังวันที่ 30 กันยายน 2561
แพทย์/พยาบาล (Reconstruction day) ลงทะเบียน 2 วัน	1,500 บาท	2,250 บาท
Reconstruction + Aethetic surgery day ลงทะเบียน 3 วัน		
แพทย์ประจำบ้านที่เกี่ยวข้องกับสมาคมฯ**	1,500 บาท	2,250 บาท
แพทย์ในสมาคมฯ**	3,000 บาท	4,500 บาท
แพทย์นอกสมาคมฯ**	9,000 บาท	13,500 บาท
** "สมาคมฯ" ได้แก่ สมาคมศัลยแพทย์ตกแต่งฯ, สมาคมทันตกรรม,สมาคมจักษุแพทย์		

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

---

ส่วนที่ 2 สำหรับธนาคาร

(โปรดนำมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ในวันลงทะเบียน)

ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามาธิบดี

สาขา/Branch.....วันที่/Date.....

ใบนำฝากบัญชี "เงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาธิบดี" คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

DEPOSIT SLIP FOR FACULTY OF MEDICINE RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY

○ ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 026-3-04247-7

ชื่อผู้เข้าร่วมประชุม/Name.....

รหัสโครงการ/IO Code (Ref.1) .....411000000969.....

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

	ชื่อธนาคาร-สาขา/ Bank-Branch	หมายเลขเช็ค/ Cheque No.	จำนวนเงิน (บาท) / Amount (Baht)
☐ เช็ค/Cheque			
☐ เงินสด / Cash	จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/ Amount in Words		

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

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท *กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์