





วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
COLLEGE OF PUBLIC HEALTH SCIENCES  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ใบสมัคร หลักสูตร “Principles of Health Sciences Research and Social Sciences Research Ethics”

ชื่อ - นามสกุล .....

สถานที่ติดต่อ.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail (โปรดเขียนชัดเจน).....

ข้าพเจ้าขอลงทะเบียนเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ดังนี้

หลักสูตร “Principles of Health Sciences Research and Social Sciences Research Ethics”

จำนวนเงิน 3,000 บาท ระหว่างวันที่ 5-7 สิงหาคม 2558

ณ ห้องประชุม 322 ชั้น 3 อาคารสถาบัน 2 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุญาตให้ส่งจ่าย ปณ. จุฬาฯ ในนาม น.ส.อรุณี เขียวชะอุ่ม

โอนเงินเข้าบัญชี “วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข – อบรมประชุม”

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาสยามสแควร์ หมายเลขบัญชี 038-438692-4 เมื่อ  
วันที่.....พร้อมทั้งได้โทรสารหลักฐานการโอนเงิน (ใบนำฝาก) มาพร้อมนี้แล้ว (โปรดเขียน  
ระบุชื่อผู้สมัครลง บนใบนำฝาก)

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

### หมายเหตุ

1. ขอความกรุณาส่งใบสมัคร พร้อมส่ง อนุญาต หรือ โอนเงินเข้าบัญชีตามที่แจ้งไว้ เพื่อความสะดวกผู้จัด  
ขอไม่รับชำระค่าลงทะเบียนในวันจัดประชุม
2. คณะผู้จัดดำเนินการ สงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนที่ชำระขึ้นทะเบียนเป็นผู้เข้าร่วมประชุมแล้ว ด้วย  
ได้เตรียมการ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามยอดผู้ลงทะเบียน ซึ่งชำระค่าลงทะเบียน
3. ไม่รับสำรองที่นั่ง

ที่จอดรถ

อาคารวิทยกิตติ์ (เข้าทางสยามสแควร์)