



ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Academic Affairs Convention Center and Management of Ramathibodi Hospital

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๒๑๐๖

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ นส
 เลขที่รับ..... 5280
 วันที่..... 16 มี.ค. 2561 เวลา 14.30

เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข

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

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
 เลขที่รับ..... 393
 วันที่..... 16 มี.ค. 2561

ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี จะจัดการประชุมวิชาการ เรื่อง “Ramathibodi chest medicine 2018: A comprehensive approach to chest and associated disease” ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๙๑๐ ABC ชั้น ๙ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเพิ่มความรู้และทักษะในการวินิจฉัย และดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหายใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปบูรณาการ จัดการแก้ไขปรับปรุงดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดการประชุมดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ อายุรแพทย์ แพทย์ทั่วไป จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมการประชุมวิชาการดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียน ท่านละ ๕๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้อยู่ในดุลพินิจและอำนาจการอนุมัติของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด ผู้สนใจกรุณากรอกรายละเอียดใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๑ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี หรือ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณปิยะดา ลิ้มปทุมทัย และคุณกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล โทร. ๐๒-๒๐๑-๒๑๙๓, ๐๒-๒๐๑-๑๕๔๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การประชุมวิชาการให้บุคลากร ในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง
 เรียน นพ. ศสจ.กาฬสินธุ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรด

ขอแสดงความนับถือ

ให้แจ้ง รพ. ทุกแห่ง

ให้แจ้ง สสอ. สสจ. ทุกแห่ง

ให้แจ้ง รพ. ศสอ. ศสจ. (ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุกฤพรธณ วิไลลักษณ์)

หัวหน้ากลุ่มงานบุคลากร รงคณบดีฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่แทนนิตราวรรณ รักษ์โคตร)

หัวหน้ากลุ่มงาน..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

Academic Affairs Convention Center and Management of Ramathibodi Hospital

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University 270 Rama 6 Road Rajithevee Bangkok 10400

Tel. 02-201-1542, 02-201-2193, 02-201-2606 ต่อ 112, 118, 125 Fax. 02-201-2607 E-mail : academic.rama@gmail.com http://academic.ra.mahidol.ac.th



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)..... 41100000903.....

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

หัวข้อเรื่อง	จำนวนเงิน (บาท)
การประชุมวิชาการ เรื่อง "Ramathibodi chest medicine 2018 : A comprehensive approach to chest and associated disease" ระหว่างวันเสาร์ที่ 21 กรกฎาคม 2561 ถึงวันอาทิตย์ที่ 22 กรกฎาคม 2561	500.00
<input type="checkbox"/> อัตราค่าลงทะเบียน 500 บาท	

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร/Amount in Words : ห้าร้อยบาทถ้วน

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)41100000903.....

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