



ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Academic Affairs Convention Center and Management of Ramathibodi Hospital

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๒๗๒๖

๑๔ มีนาคม ๒๕๖๑



เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

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



ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี จะจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ECMO 4.0 plus: Basic, Advanced and Beyond” ระหว่างวันที่ ๒๒-๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมแกรนด์บอลรูม โรงแรม เซ็นจูรี พาร์ค กรุงเทพฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบถึงวิวัฒนาการ องค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ใช้ระดับประคองดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ และ/หรือ ระบบไหลเวียนโลหิตอย่างรุนแรง และสามารถนำความรู้ที่ได้ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซับซ้อน หรืออยู่ในภาวะวิกฤตมากขึ้นได้

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เกสเซอร์ นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และผู้สนใจ จึงขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว โดยมีอัตราค่าลงทะเบียน ดังนี้

- บรรยาย (๒ วัน) ท่านละ ๓,๐๐๐ บาท
- Workshop (๑ วัน) ท่านละ ๒,๕๐๐ บาท
- บรรยาย+Workshop (๓ วัน) ท่านละ ๕,๐๐๐ บาท

อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมอบรมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิ์เบิกค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้อยู่ในดุลพินิจและอำนาจการอนุมัติของผู้บังคับบัญชาต้นสังกัด ผู้สนใจกรุณากรอรายละเอียดใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๑ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี หรือ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณรจนา บุญเลิศกุล, คุณปิยะดา ลิ้มปทุมทัย และคุณกรรมล สุนทรพิทักษ์กุล โทร. ๐๒-๒๐๑-๒๑๙๓, ๐๒-๒๐๑-๑๕๔๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การอบรมวิชาการให้บุคลากรในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

จึงถือมาเพื่อโปรด

ให้แจ้ง รพ. ทุกแห่ง

ขอแสดงความนับถือ

ให้แจ้ง สสอ. สสจ. ทุกแห่ง

ให้แจ้ง รพ. สสอ. สสจ. ของตนเอง

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุกพรรณ วิไลลักษณ์)

(นางสาววิมลรัตน์ ภูผาศุข)

หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน

รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่แทน

ผู้อำนวยการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (นางนิศารัตน์ วัฒนศิริ)

หัวหน้ากลุ่มงาน.....

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

ผู้อำนวยการสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ (นายแพทย์สุวิทย์ วัฒนศิริ)

ผู้อำนวยการรพ.ศูนย์แพทย์สามจังหวัดกาฬสินธุ์ (นายแพทย์สุวิทย์ วัฒนศิริ)



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

270 Rama 6 Road Rajithavee 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)..... 41100000908.....

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

หัวข้อเรื่อง

จำนวนเงิน (บาท)

การอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "ECMO 4.0 plus: Basic. Advanced and Beyond" ระหว่างวันที่ 22-24 สิงหาคม 2561
อัตราค่าลงทะเบียน

- บรรยาย ท่านละ 3,000 บาท
 Workshop ท่านละ 2,500 บาท
 บรรยาย + Workshop ท่านละ 5,000 บาท

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)41100000908.....

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

เช็ค/Cheque

เงินสด / Cash

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

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

หมายเหตุ *ค่าธรรมเนียมทั่วประเทศ 15 บาท

*กรุณาชำระค่าลงทะเบียนก่อนการอบรมอย่างน้อย 2 สัปดาห์