

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

1. ข้อมูลผู้สมัคร (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย).....

ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร.....

โทรศัพท์ (มือถือ)..... E-mail Address.....

2. โครงการฝึกอบรมที่สนใจ (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และสามารถเลือกได้มากกว่า 1 โครงการ)

เลือก	โครงการ	วัน เดือน ปี	ค่าลงทะเบียน	ยืนยันภายใน
<input type="checkbox"/>	โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “Skull Base Workshop”	วันที่ 2-4 มกราคม 2556	15,000.- บาท	1 ธันวาคม 2555
<input type="checkbox"/>	โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “Cadaveric Hands-on Spinal Workshop”	วันที่ 26-27 มกราคม 2556	16,000.- บาท	25 ธันวาคม 2555

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม ชื่อ-สกุล..... ที่อยู่..... (กรุณากรอกข้อมูลให้ชัดเจน)

.....ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2555

การชำระเงินค่าลงทะเบียน *โอนเข้าบัญชีธนาคารเท่านั้น*

ชื่อบัญชี หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

เลขที่บัญชี 045-2-95446-5

ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาภาษาไทย

หมายเหตุ

- แฟกซ์สลิปใบ Pay in ค่าลงทะเบียนเพื่อยืนยันการลงทะเบียนมายังเบอร์ 02-256-4105 ภายในระยะเวลาที่กำหนดของแต่ละโครงการ
- หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อ

Skull Base Workshop

นพ.รุ่งศักดิ์ ศิวานูวัฒน์

E-mail: rungsak@yahoo.com

Cadaveric Hands-on Spinal Workshop

นพ.พีรพงษ์ มนตรีวิวัฒน์ชัย

E-mail: peerapong33@hotmail.com

นพ.กฤษณพันธ์ บูณยะรัตเวช

E-mail: krbunya@yahoo.com

หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4105