



ศูนย์การจัดประชุมวิชาการรามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Academic Affairs Convention Center and Management of Ramathibodi Hospital

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖/ว.๑๑๗๔๔

๒๑ กันยายน ๒๕๖๑

งานการแพทย์และสุขภาพ

เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมฟื้นฟูวิชาการ

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ ๒๗๓๔
วันที่ ๒๓๖๑
เวลา.....

เลขที่รับ.....
วันที่ ๒๓๖๑

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุข

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

ด้วยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี จะจัดการอบรมฟื้นฟู วิชาการพื้นฐานศัลยศาสตร์ ตกแต่งครั้งที่ ๑๕ “15th Ramathibodi Plastic Surgery Annual Symposium 2018” “ความเป็นเลิศทาง ศัลยกรรมตกแต่งเสริมสร้างและเสริมสวย” การรักษาแผลเย็บแผล ร้อย รัง ขั้วซ่อน การศัลยกรรมปรับโครงหน้า และขากรรไกร, ศัลยกรรมความงามเบื่อกตาบ “Mastering the Reconstructive and Aesthetic Surgery:” Modern Wound Management, Facial Contouring and Orthognathic Surgery, Upper Eyelid Surgery ระหว่างวันที่ ๘-๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๔๑๐ ABC ชั้น ๔ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานการผ่าตัด ให้แก่แพทย์ พยาบาล ศัลยแพทย์ทุกสาขาที่สนใจ เพื่อให้เกิดความ มั่นใจในการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งเผยแพร่ศักยภาพของการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ และศัลยกรรมตกแต่งใน ประเทศไทย

ในการนี้ คณะฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ ต่อ ศัลยแพทย์ทุกสาขา แพทย์ พยาบาล แพทย์ประจำบ้าน ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ และผู้ที่สนใจทั่วประเทศ โดยมี อัตราค่าลงทะเบียนดังนี้

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	๔,๐๐๐	๑๓,๕๐๐

อนึ่ง ข้าราชการ พนักงานองค์การรัฐวิสาหกิจสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา และมีสิทธิเบิก ค่าลงทะเบียนตลอดจนค่าใช้จ่ายต่างๆ ตามระเบียบของทางราชการจากต้นสังกัดได้ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจาก ผู้บังคับบัญชาแล้ว ผู้สนใจกรณารอรายละเอียด ใบสมัครและส่งไปยังงานบริการวิชาการ อาคารวิจัยและ สวัสดิการ ชั้น ๑ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คุณรณนา บุญเลิศกุล คุณกรกมล สุนทรพิทักษ์กุล และ คุณกัญญ์ณณณ์ กอดแก้ว โทร. ๐๒-๒๐๑-๑๕๔๒, ๐๒-๒๐๑-๒๑๙๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การประชุมให้บุคลากรใน สังกัดได้ทราบโดยทั่วกันด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

รศ. น.ร.ร.ร.ร.
- ปศ./๑๓๓๓
- นศ.๕๖๓๖๓๖

ขอแสดงความนับถือ

(Signature)

(Signature)

๓๓ ๖๖

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุฤกพรหม วิไลลักษณ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่แทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี

(นายนิพนธ์ พัฒนกิจเรือง)
ชายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดน่าน
๕๕ ต.ค. ๒๕๖๑

- ๓ ต.ค. ๒๕๖๑



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).....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



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)411000000969.....

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