



ใบสมัครเข้าร่วมการอบรม

Palliative care in End –Stage-Renal Disease

ระหว่างวันที่ 16-17 กรกฎาคม 2561

ณ ห้องประชุมมนพตล ทองโสภิต ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โปรดกรอรายละเอียดตัวบรรจง

คำนำหน้า นาย นาง นางสาว ชื่อ/สกุล.....

ตำแหน่ง แพทย์ พยาบาล เลขใบประกอบวิชาชีพ.....

สถานที่ทำงาน/ติดต่อ

หมายเลขโทรศัพท์..... E-mail:.....

ชำระค่าลงทะเบียนแล้ว เมื่อวันที่/...../.....

สมัครเข้ารับการอบรม

ค่าลงทะเบียนสำหรับแพทย์ ท่านละ 3,000 บาท

ค่าลงทะเบียนสำหรับพยาบาล ท่านละ 2,500 บาท

อาหาร

อาหารทั่วไป อาหารอิสลาม
 อาหารมังสวิรัต อื่นๆ (ระบุ).....

หมายเหตุ : กรุณาชำระค่าลงทะเบียน
เข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยขอนแก่น
ชื่อบัญชีประชุมวิชาการหน่วยการุณรักษ์ เลขที่บัญชี 551-425457-3

ลงชื่อผู้สมัคร

(.....)

วันที่ (...../...../.....)

ส่งหลักฐานโอนพร้อมใบสมัครได้ที่ Email address : palliativecare@kku.ac.th

โทร 043-366656 โทรสาร 043-366657