

ใบสมัคร

การอบรม Good Surgical Practice

สำหรับแพทย์ประจำบ้าน

วันที่ 20 - 21 พฤษภาคม 2560

ณ อาคาร อปร. ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ - นามสกุล

ที่อยู่หรือที่ทำงาน.....

สถาบันฝึกอบรม.....

โทรศัพท์/แฟกซ์โทรศัพท์มือถือ

E-mail :

มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมการอบรม Good Surgical Practice

ในวันที่ 20 - 21 พฤษภาคม 2560 (ไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น)

ลงชื่อ ผู้สมัคร

วันที่

*** กรุณาแจ้งความประสงค์เพื่อเข้าการอบรม Good Surgical Practice ภายในวันที่ 30 เมษายน 2560 ***
(เพื่อสะดวกในการจัดเตรียมเอกสารประกอบการบรรยาย และอาหารกลางวัน)

หมายเหตุ : **** สามารถ [Download](http://www.rcst.or.th) ใบสมัครได้ที่ www.rcst.or.th

การอบรม Good Surgical Practice

กรุณากรอกใบสมัคร และส่งมาที่

E-mail : research.ethics@rcst.or.th

(ไม่ต้องส่งเอกสารฉบับจริง)

โดยจะยืนยันการเข้าร่วมการอบรมฯ ทาง Email ****

ผู้ประสานงานการอบรมฯ : นางกมลภัค เจือทอง

หมายเลขโทรศัพท์ : 0-2716-6141-3