ใบสมัคร
การอบรมความรู้พื้นฐานทางการวิจัย
วันที่ 22 - 26 พฤษภาคม 2560
ณ ห้องประชุม อาคาร อปร. ชั้น 3 คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ – นามสกุล (นาย /นางสาว) ………………………………………………………………………………

ที่อยู่หรือที่ทำงาน ………………………………………………………………………………………………

สถาบันฝึกอบรม ………………………………………………………………………………………………

โทรศัพท์/แฟกซ์………………………………….. **โทรศัพท์มือถือ** …….………………….....

E-mail …………………………………………………………..

( ) **มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมการอบรมความรู้พื้นฐานทางการวิจัย ในวันที่** 22 - 26 **พฤษภาคม** 2560
ในการลงทะเบียนการอบรมวิจัยฯค่าลงทะเบียน จำนวนเงิน 3,000 **บาท**
(มีตำราวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ให้ 2 **เล่ม)**
*** **กรุณาลงทะเบียนภายในวันที่** 30 **เมษายน** 2560 **เพื่อสะดวกในการจัดทำเอกสารประกอบการบรรยาย*****

การชำระเงินค่าลงทะเบียน จำนวนเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

โอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่
ชื่อบัญชี ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (ฝ่ายวิจัย) เลขที่บัญชี 041-0-07032-7

หมายเหตุ : *** **สามารถ** Download **ใบสมัครได้ที่** www.rcst.or.th
การอบรมความรู้พื้นฐานทางการวิจัย ปี 2560
กรุณากรอกใบสมัคร พร้อมแนบใบโอนเงินค่าลงทะเบียน
และส่งมาที่
Email : research.ethics@rcst.or.th **(ไม่ต้องส่งเอกสารฉบับจริง)**
โดยจะยืนยันการเข้าร่วมการอบรมฯ ทาง Email ***

ลงชื่อ ………………………………………………… ผู้สมัคร

วันที่ ………………………………………….

ผู้ประสานงานในการจัดอบรมฯ : นางกมลภัค เจือทอง

หมายเลขโทรศัพท์ : 0-2716-6141-3