

ใบสมัครเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง
การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Basic and Advance Course in Dementia Care)

วันที่ 13-15 ธันวาคม 2560

ณ โรงแรมดิเอมเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

1. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสวิรัต
2. ชื่อ (นาย / นาง / นางสาว) นามสกุล
- เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ อาหาร ไทย อิสลาม มั่งสวิรัต
- สถานที่ปฏิบัติงาน/หอผู้ป่วย.....สังกัด.....
- ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
- โทรศัพท์.....โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ
- Email Address

4. มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมประชุม โดยโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาธนาณัติ ชื่อบัญชี ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาลรามาธิบดี (9) เลขที่ 026-462490-5

สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ค่าลงทะเบียนคนละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

สำหรับสมาชิกชมรมพยาบาลผู้ดูแลสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย ค่าลงทะเบียนคนละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

เลขที่สมาชิกชมรมฯ (โปรดระบุ)

รวมค่าลงทะเบียนทั้งหมด.....คน เป็นเงินจำนวน.....บาท

* ผู้สนใจนำเสนอ Poster presentation วิจัย/นวัตกรรมเกี่ยวกับการพยาบาล/ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล (โปสเตอร์ต้องมีขนาด 80 ซม. x 100 ซม. บทคัดย่อไม่เกิน 300 คำ โดยมีรายละเอียดดังนี้ :-

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัยและสถาบัน วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ)

* ผู้สนใจที่จะลงตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลให้ส่ง Full paper ไม่เกิน 10 หน้า ภายใน 30 พ.ย. 60

ทาง dementiacare2560@gmail.com (คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับตั้งเอกสารแนบ)

หากจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าประชุมได้อีก

****ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าลงทะเบียนไม่ว่ากรณีใด**

5. ขอให้ออกใบเสร็จในนาม ชื่อผู้เข้าประชุม
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร/ ผู้ดำเนินการ)

หมายเหตุ ท่านจะเป็นผู้เข้าร่วมประชุมโดยสมบูรณ์เมื่อ

1. กรอกใบสมัครตัวบรรจง ชัดเจนและส่งโทรสาร ใบสมัครพร้อมสำเนาหลักฐานการโอนเงินที่ได้รับจากธนาคารไปที่ หมายเลขโทรสาร 0-2201-2011 เมื่อส่งโทรสารแล้วกรุณาโทรกลับไปยืนยันว่า ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องฯ ได้รับหลักฐาน ที่ส่งไปหรือไม่ / ได้รับครบหรือไม่ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1512, 0-2201-1608 หรือลงทะเบียนออนไลน์ได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/>
 2. ท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อได้ที่ <http://med.mahidol.ac.th/nursing/> ภายหลังจากส่งหลักฐานการสมัครแล้ว 1 สัปดาห์
 3. รับสมัครเฉพาะผู้ที่ได้โอนเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางธนาคารเท่านั้น (สำรองที่นั่งเข้าประชุมผ่านทางธนาคาร) หากจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมเต็มจำนวน ธนาคารจะทำการปิดบัญชี ซึ่งจะไม่สามารถสมัครเข้าประชุมได้อีก
 4. ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน
- หมายเหตุ หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อได้ที่ 0-2201-1512, 0-2201-1608