

ใบสมัครลงทะเบียนการอบรม

"การบริหารจัดการข้อมูลสำหรับงานวิจัยทางคลินิกและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Data Management for Clinical Research)"

วันที่ 18 – 21 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 08.30 - 16.00 น.

ณ ห้องประชุม Vie Function 1 & 2 ชั้น 12 โรงแรมวี โฮเต็ล ถนนพญาไท ราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
(กรุณาเขียนด้วยบรรจงหรือพิมพ์)

คำนำหน้า ชื่อ-สกุล (นาย/ นาง/ นางสาว/.....)

ภาษาไทย _____

ภาษาอังกฤษ _____

ตำแหน่งปัจจุบัน _____ สถานที่ทำงาน _____

เลขที่ _____ ถนน _____ ตำบล/ แขวง _____

อำเภอ/ เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ มือถือ _____

อีเมล _____

ค่าลงทะเบียน รายละเอียด 10,000.00 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

ทั้งนี้ ได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนล่วงหน้า โดย

- ☐ แคชเชียร์เช็ค จำนวนเงิน..... บาท สั่งจ่ายในนาม "โครงการจัดอบรม BIOPHICS"
- ☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาล
เวชศาสตร์เขตร้อน ในชื่อบัญชี "โครงการจัดอบรม BIOPHICS" เลขที่บัญชี 254 – 2 -16161 - 5
จำนวนเงิน.....บาท

มีความประสงค์จะให้ผู้จัดอบรมออกใบเสร็จรับเงินในนาม

และกรณาระบุชื่อสกุล (รวมคำนำหน้าชื่อ) สำหรับออกใบประกาศนียบัตร (ภาษาอังกฤษ)

หมายเหตุ: โปรดส่งสำเนาหลักฐานการชำระเงินล่วงหน้ามาพร้อมใบสมัครเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบข้อมูล
ตามที่อยู่ข้างล่างนี้

คุณเสาวลักษณ์ ธนวัชรการ
ศูนย์ความเป็นเลิศทางสารสนเทศศาสตร์ชีวเวชและสาธารณสุข
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
ชั้น 3-4 อาคารวิทยบริการ
420/6 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
หรือ E-mail: saowalukt@biophics.org
หรือ โทรสาร. 02-3549187

ทั้งนี้การลงทะเบียนจะถือว่าสมบูรณ์ เมื่อทางศูนย์ความเป็นเลิศฯ ได้รับเงินเรียบร้อยแล้ว

- ❖ ขอสำรองที่นั่งล่วงหน้าได้ที่คุณเสาวลักษณ์ ธนวัชรางกูร โทร.02-3549181-6 โทรสาร.02-3549187 หรือ E-mail: saowalukt@biophics.org
- ❖ การประชุมครั้งนี้ไม่ถือว่าเป็นวันลา และสามารถเบิกค่าลงทะเบียนได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้ว
- ❖ คณะผู้จัดอบรมไม่สามารถคืนเงินค่าลงทะเบียนให้ท่านได้ในทุกกรณี

กรุณาลงทะเบียนภายในวันที่ 31 มกราคม 2563
สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.biophics.org