

ใบลงทะเบียน

การอบรมเชิงปฏิบัติการอนุสาขา SPORTS MEDICINE

ประจำปี 2561

ชื่อ-นามสกุล.....

สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

E-mail address : โทรศัพท์.....โทรสาร

ประวัติการเข้าร่วม Cadaveric Workshop ที่จัดโดยอนุสาขาหรือประสบการณ์การทำ arthroscopy procedure ต่างๆ (กรุณากรอกข้อมูลให้ละเอียดเพื่อประโยชน์ในการประกอบการพิจารณา)

- 1.
2.
3.
4.
5.

กรุณาเลือก Course ที่ต้องการเข้าอบรม

(.....) วันที่ 15-16 กุมภาพันธ์ 2561 Fellow Course Knee-Shoulder Cadaveric Workshop

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

(.....) วันที่ 27-28 กันยายน 2561 Reconstructive Knee Cadaveric Workshop 2018

คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น

(.....) วันที่ 13-14 ธันวาคม 2561 Advanced Shoulder Cadaveric Workshop 2018

คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์

ส่งใบสมัครได้ที่ ประสานงาน คุณเมธวิภา โทร. 02-256-4518 E-mail: tossmoffice@gmail.com

ค่าลงทะเบียน Course ละ 15,000 บาท

ชำระค่าลงทะเบียน

- เช็คสั่งจ่าย ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
• โอนเงินเข้าบัญชี ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย เลขบัญชี 051 - 2400 - 144 ธ.ไทยพาณิชย์ สาขา รพ.ราชวิถี บัญชี ออมทรัพย์

หมายเหตุ ผู้ที่ส่งใบสมัครมาแล้วคณะกรรมการจะพิจารณาคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมตามเกณฑ์ ของคณะกรรมการ และจะแจ้งผลการคัดเลือกก่อนการอบรม

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....