

ใบลงทะเบียน

การอบรมเชิงปฏิบัติการอนุสาขา SPORTS MEDICINE

ประจำปี 2562

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 5-6 กันยายน 2562 Knee Cadaveric Workshop คณะแพทยศาสตร์
ม.สงขลานครินทร์
- (.....) วันที่ 18-19 ตุลาคม 2562 Shoulder Arthroplasty Course คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- (.....) วันที่ 19-20 ธันวาคม 2562 Shoulder Cadaveric Workshop คณะแพทยศาสตร์
ม.เชียงใหม่

ส่งใบสมัครได้ที่ คุณจิรเชษฐ์ เรืองดิลกรัตน์ โทร. 061-5500939 E-mail : tossmoffice@gmail.com

ค่าลงทะเบียน Course ละ 15,000 บาท

ชำระค่าลงทะเบียน

- ชำระโดยเช็คสั่งจ่าย " **Thai Orthopedic Society for Sports Medicine** "
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี " **Thai Orthopedic Society for Sports Medicine** " ธ.ไทยพาณิชย์ สาขาซอย โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่บัญชี 051-277429-2

หมายเหตุ ผู้ที่ส่งใบสมัครมาแล้วคณะกรรมการจะพิจารณาคัดเลือกผู้มีสิทธิ์เข้ารับการอบรมตามเกณฑ์ของคณะกรรมการ และจะแจ้งผลการคัดเลือกก่อนการอบรม

ลงชื่อผู้สมัคร.....

(.....)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....