**ใบสมัคร**

**ประชุมวิชาการ Advance Emergency Care ( AEC ) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ครั้งที่ 1**

**ระหว่างวันที่ 13 – 15 กรกฎาคม 2558**

**ณ ห้องประชุม ชั้น 4 อาคารสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลขอนแก่น**

**(กรุณากรอกข้อมูลให้ชัดเจน)**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

1. ชื่อ-นามสกุล(ตัวบรรจง) (ยศ)..................................................................เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์............................

ตำแหน่ง.........................................................................สถานที่ปฏิบัติงาน................................................................ อำเภอ.............................................จังหวัด.......................................โทรศัพท์............................................................. โทรศัพท์มือถือ............................................................e-mail.....................................................................................

1. ชื่อ-นามสกุล(ตัวบรรจง) (ยศ)..................................................................เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์............................

ตำแหน่ง.........................................................................สถานที่ปฏิบัติงาน................................................................ อำเภอ.............................................จังหวัด.......................................โทรศัพท์............................................................. โทรศัพท์มือถือ............................................................e-mail.....................................................................................

1. ชื่อ-นามสกุล(ตัวบรรจง) (ยศ)..................................................................เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์............................

ตำแหน่ง.........................................................................สถานที่ปฏิบัติงาน................................................................ อำเภอ.............................................จังหวัด.......................................โทรศัพท์............................................................. โทรศัพท์มือถือ............................................................e-mail.....................................................................................

การลงทะเบียน.-

□ แพทย์ □ ประชุม

□ Workshop

□ พยาบาล □ ประชุม

□ Workshop

□ อื่นๆ (ระบุ).......................................... □ ประชุม

□ Workshop

ประเภทอาหาร □ ธรรมดา □ เจ □ อิสลาม

ข้อมูลโรงแรมสำหรับติดต่อจองที่พัก **(ติดต่อจองที่พักเอง)**

โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น ที่อยู่ ; ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ 043-220400

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้จนกว่าจะเต็ม สามารถชำระค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์

เลขที่บัญชี 405-0-66329-5 ธนาคารกรุงไทย สาขาขอนแก่น ชื่อบัญชี “กลุ่ม-งานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.ขอนแก่น

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ เบอร์โทรสาร ๐๔๓-๓๓๖๗๘๙ ต่อ ๓๘๐๔ หรือส่งทาง E-mail ; [erstaffkkh@gmail.com](mailto:erstaffkkh@gmail.com) ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณธนาภา ชัยสงคราม กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น โทรศัพท์/โทรสาร ๐๔๓-๓๓๖๗๘๙ ต่อ ๓๘๐๔ โทรศัพท์มือถือ ๐๘9-7124427 ผู้ประสานงาน