**ใบสมัคร**

**ประชุมวิชาการ Advanced Emergency Care ( AEC ) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ครั้งที่ 2**

**ระหว่างวันที่ 13 – 15 กรกฎาคม 2559**

**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.....................................................................................

**ค่าลงทะเบียน.-**

|  |
| --- |
| แพทย์ 1,500.- |
| พยาบาล 1,000.- |
| อื่นๆ 1,000.- |

ประเภทอาหาร □ ธรรมดา □ เจ □ อิสลาม

ข้อมูลโรงแรมสำหรับติดต่อจองที่พัก **(ติดต่อจองที่พักเอง)**

โรงแรมเจริญธานี ขอนแก่น ที่อยู่ ; ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โทรศัพท์ 043-220400

สมัครได้ตั้งแต่บัดนี้จนกว่าจะเต็ม สามารถชำระค่าลงทะเบียนโดยการโอนเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์

เลขที่บัญชี 428-2-40689-1 ธนาคารกสิกรไทย สาขาถนนศรีจันทร์ ชื่อบัญชี “ประชุมวิชาการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน” EMERGENCY MEDICINE CONFERENCE

ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการโอนเงินค่าลงทะเบียนได้ที่ เบอร์โทรสาร 043-336789 ต่อ 3804 หรือส่งทาง E-mail ; [erstaffkkh@gmail.com](mailto:erstaffkkh@gmail.com) ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณธนาภา ชัยสงคราม

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น โทรศัพท์มือถือ 089-7124427 ผู้ประสานงาน