**ใบสมัคร**

ประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ 3rd Advanced Emergency Care (AEC )การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

**ระหว่างวันที่ 5-7 กรกฎาคม 2560**

ห้องประชุมประมุข จันทวิมล ชั้น 4 อาคารสิรินธร 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.....................................................................................

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 ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ คุณธนาภา ชัยสงคราม กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น โทรศัพท์มือถือ 089-7124427 ผู้ประสานงาน